

Anmeldung zur Aufnahme in die Senioren-Tagespflege Gransee (DiB)

1.	Name / Geburtsname	
2.	Vorname	
3.	Wohnung	Straße/Hausnummer
		Postleitzahl/Wohnort:
4.	Derzeitiger Aufenthalt	Name:
		Anschrift:
		Seit wann:
5.	Geburtsdaten	Geboren am: _____ in: _____
6.	Familienstand	
7.	Konfession	
8.	Staatsangehörigkeit	
9.	Angehörige/ Ansprechpartner	Vor- und Zuname:
		Straße/Hausnummer:
		Postleitzahl/Wohnort:
		Beziehung zum Antragsteller (z. B. Tochter):
10.	Gesetzlich bestellter Betreuer	Vor- und Zuname:
		Straße/Hausnummer:
		PLZ/Wohnort: _____ /Tel.: _____
		Aufgabenkreise
11.	Kranken- bzw. Pflegekasse	Name: _____ Mitgl.- Nr.: _____
12.	Pflegegrad	Nein <input type="checkbox"/> Ja I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
13.	Zuzahlungsbefreit?	Ja <input type="checkbox"/> bis wann _____ Nein <input type="checkbox"/>
14.	Name des Hausarztes	Tel. _____
		Anschrift: _____
15.	Finanzierung der Kosten erfolgt durch	<input type="checkbox"/> Eigenes Einkommen <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger, welcher _____ <input type="checkbox"/> Sonstige, welche _____
16.	Rechnungsanschrift	
17.	Gewünschter Aufnahmeterrn	_____
	Hinweise/ Bemerkungen	