



Fischer's Seniorenzentrum

Einrichtung der Fischer's Wohltätigkeitsstiftung
Wohn- und Pflegestift
Zentrum für offene Seniorenarbeit

Fischer's Seniorenzentrum

Haager Straße 40

85435 Erding

Anmeldung zur Tagespflege

für Montag Dienstag Mittwoch
 Donnerstag Freitag (Bitte gewünschte Tage ankreuzen)

Fahrdienst gewünscht: ja nein Pflegegrad: _____

von _____ Uhr bis _____ Uhr (bitte ungefähre Angabe)

Persönliche Daten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____
Familienstand: _____
Nationalität: _____
Geburtsort: _____
Religion: _____

Aktueller Wohnort

Straße: _____
Postleitzahl: _____
Ort: _____
Telefonnr.: _____

Persönliches Umfeld

Angehörige / Kontaktpersonen

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Behandelnde Ärzte

Hausarzt: _____

Fachrichtung: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Gesetzliche Vertreter ja nein

Falls ja: Betreuer Bevollmächtigter

Name _____

Adresse _____

Telefonnr. _____

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzl. Vertreters)