



# 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)

von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr (bitte ungefähre Angabe)

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Aktueller Wohnort

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

## Persönliches Umfeld

Angehörige / Kontaktpersonen

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnr.:** \_\_\_\_\_

Behindertenausweis vorhanden (bitte zutreffendes ankreuzen):  ja  nein

Befreiungen (z.B. Zuzahlungsbefreiung bei verschreibungspflichtigen

Medikamenten): \_\_\_\_\_

## 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)**

Wir bitten Sie gesetz des Falles kein Interesse mehr an einem Platz in der Tagespflege unserer Einrichtung zu haben, uns telefonisch darüber zu informieren.  
Tel.: 08122 – 88025401 Herzlichen Dank.