



**Altenpflegeheim St. Michael**  
**Friedrichstraße 48**  
**01067 Dresden**  
[aph-stm@caritas-ddm.de](mailto:aph-stm@caritas-ddm.de)  
Tel.: 0351 / 43915-0, Fax: 0351 / 43915-34

Eingangsvermerk:

## Anmeldung zur Aufnahme in die Tagespflege

<b>Vor- und Zunahme</b>		geborene
<b>Adresse</b>	Straße/PLZ/Ort	
		Telefon
<b>Derzeitiger Aufenthalt (KH, REHA, KZPFL)</b>	Straße/PLZ/Ort	
		Telefon
<b>Geburtsdaten</b>	Datum	Ort
<b>Familienstand</b>	Konfession Staatsangehörigkeit	
<b>Angehörige</b>	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
	wie verwandt	Telefon
	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
	wie verwandt	Telefon
	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
	wie verwandt	Telefon
<b>Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r</b>	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
		Telefon
<b>Wirkungskreis</b>		
<b>Hausarzt</b>	Name	
	Straße/PLZ/Ort	
		Telefon
<b>Krankenkasse</b>		Pfleggrad
<b>Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht</b>		
<b>Hinweise</b>		
vorvertragliche Informationen erhalten JA <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		
<b>Ort, Datum</b>	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift der/des Bevollmächtigten

