



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

Eingangsvermerk:

Anmeldung zur Aufnahme in die Tagespflege

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

