

Tagespflege im SZ „Am Eckardtsberg“, Gustav-Hirschfeld-Ring 5-7, 96450 Coburg

**Ansprechpartner für die Tagespflege ist die Bewohnerverwaltung  
Tel.: 09561 825-334, Fax.: 09561 825-333**

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

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_  
*Straße PLZ Ort Telefon*

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_  
*Einrichtung (Krankenhaus, Seniorenheim, etc.)*

\_\_\_\_\_ *Straße PLZ Ort Telefon*

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

Angehörige: \_\_\_\_\_  
*Name Straße*

\_\_\_\_\_ *PLZ Ort Telefon Verwandtschaftsverhältnis*

Angehörige: \_\_\_\_\_  
*Name Straße*

\_\_\_\_\_ *PLZ Ort Telefon Verwandtschaftsverhältnis*

Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer: \_\_\_\_\_  
*Name Straße*

\_\_\_\_\_ *PLZ Ort Telefon*

Betreuungsbereiche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wurde ein gesetzlicher Betreuer durch das zuständige Amtsgericht festgelegt, bitte den "Beschluss über die Bestellung eines Betreuers" in Kopie oder eine Kopie der Bereuungsvollmacht beifügen.**

Hausarzt:

\_\_\_\_\_  
*Name* *Straße*

\_\_\_\_\_  
*PLZ Ort* *Telefon*

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Schnuppertag: \_\_\_\_\_

Gewünschter  
Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

Hinweise, Ergänzungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Erstinformationen für die Tagespflege:**

Trinkmenge **VOR** Aufenthalt in der Tagespflege \_\_\_\_\_

Trinkmenge **NACH** Aufenthalt in der Tagespflege \_\_\_\_\_

**Grundpflege in Häuslichkeit:**

Selbstständig       Angehörige       Ambulanter Pflegedienst

**Medikamente:**

Selbstständig,    müssen verabreicht werden,    Einnahme muss beaufsichtigt werden

**Medikamenteneinnahme am Morgen an den Besuchstagen:**

werden zuhause eingenommen       werden in der Tagespflege eingenommen

**Insulin/BZ:**       entfällt

morgens in der Häuslichkeit,       in der Tagespflege,       Selbstständig

**Frühstück:**       Frühstück in der Häuslichkeit       in der Tagespflege

**Fahrdienst:**       wird gebracht       wird geholt

Fahrdienst erforderlich      Uhrzeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift  
Antragsteller*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Aufzunehmenden,  
falls nicht Personengleichheit*