

Aufnahmebogen für neue Klienten



Klient: _____

Straße/ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Angerfragt wird für den Bereich:

- Ambulante Pflege
- Ambulante Hauswirtschaft
- Ambulante Betreuungsleistungen
- Einkaufsservice (Lidl, Aldi, Kaufland, Real)
- Essen auf Rädern
- Hausnotruf
- Mobiler Wäscheservice
- Sonstiges _____

Gewünschte Einsatzzeit vor Ort

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Montag | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Freitag | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Samstag | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonntag | Uhrzeit: _____ |

Bitte beschreiben Sie Ihre Wunschleistungen

Liegt bereits ein Pflegegrad vor?

- Nein PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Datum

Unterschrift

Bitte senden sie uns dieses Formular an
Pflege Zuhause e.V. Meistersingerstr. 15 95444 Bayreuth
Fax. 0921-84114 Email info@pflege-zuhause-bayreuth.de