

Hilfeempfänger/in

Anmeldung

Name, Vorname	
Straße, PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	Telefon

Angehörige
Name, Vorname, Adresse, Telefon

Hausarzt
Name, Adresse, Telefon

Krankenkasse					
Pflegestufe					
Verhinderungsgeld	ja	nein	Betreuungsgeld	ja	nein
Rechnungsempfänger					

Gewünschte Betreuung
Art, Zeitumfang, Betreuungstag
Beginn der Betreuung
Besondere Gewohnheiten

Mitbetreuende Institution

Helfer/in

Die Einsatzleiterin hat mit mir über die Art und Dauer der gewünschten Betreuung und über die Zahlungsweise gesprochen. Sie wird mir den Helfer/die Helferin persönlich vorstellen.
Sollte ein abgesprochener Termin von meiner Seite her ausfallen, gebe ich schnellstmöglich Bescheid.
Ich bin informiert, dass der Helfer/die Helferin der Schweigepflicht unterliegt.

Schutterwald _____
Datum

Unterschrift

Hilfeempfänger/in