

## Ich bin interessiert an einem Platz in der SO.DI.TA Tagespflege



Name	Vorname	Geburtstag
Anschrift		
Telefon	Hausarzt	Krankenkasse
Name, Vorname Ansprechpartner (Bevollmächtigter)		
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

Ich bin interessiert an dem Platz an folgenden Wochentagen

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag

Der Hol- und Bringdienst soll dabei regelmäßig an folgenden Tagen in Anspruch genommen

	<b>Hinfahrt</b>	<b>Rückfahrt</b>
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transport mit Rollstuhl notwendig  ja  nein

3. Der o.g. Interessent hat aufgrund des aktuellen Leistungsbescheides der Pflegekasse

- Pflegebedarf Pflegegrad 1
- Pflegebedarf Pflegegrad 2
- Pflegebedarf Pflegegrad 3
- Pflegebedarf Pflegegrad 4
- Pflegebedarf Pflegegrad 5
  
- Es liegt noch kein Pflegegrad vor

---

Datum, Unterschrift Interessent / Bevollmächtigter