

Anmeldung zu einem Schnuppertag

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Pflegegrad: _____

Adresse: _____

Zusatz: _____

Tel.: _____

Datum des Schnuppertages: _____

Name der/s Angehörigen: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Transport am Schnuppertag:

Hin- und Rückfahrt mit Taxi (Organisation und Bezahlung durch Gast/Angehörige)

Hin- und Rückfahrt mit unserem Fahrdienst

wird von: _____ gebracht und abgeholt

Ansprechpartner während des Schnuppertages: _____

Telefon: _____

Bitte folgendes mitbringen:

Medikamentenplan Versichertenkarte benötigte Medikamente/ Bedarfsmedikamente

benötigtes Inkontinenzmaterial/ Wäsche zum Wechseln

bei RaucherInnen: ausreichend Zigaretten und Feuerzeug

Ort, Datum _____

Unterschrift Interessent/in, Angehöriger, Betreuer

GRAFENSTEINERHÖH


**PFLEGE
- UND
BETREU
-UNGS
ZENTRUM**

**Pflege- und
Betreuungszentrum
zur
Grafensteinerhöh
GmbH**

Steinberger Str. 42

31737 Rinteln

Tel: 05751 – 9230446

Mail: info@senioren-tagespflege-rinteln.de