

AWO Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz e.V. Brennesstr. 2 93059 Regensburg	<b>Fragebogen</b>  <b>Persönliche Angaben zum Einzug</b>	 <b>Seniorenheim Eichendorf GmbH</b> Landauer Str. 29 94428 Eichendorf
<b>Hausinternes Formular</b>		

**Vollstationär**     
 **Kurzzeitpflege**     
 **Tagespflege**

<b>Name</b>		Geb. am	
<b>Vorname</b>		Geburtsname	
<b>Straße</b>		Geburtsort	
<b>PLZ/Ort</b>		Telefon	
		Email	
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig	Konfession:	<input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/> ohne Konf.
	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> gesch.		<input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> andere: _____
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staats- angehörigkeit:	
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> wurde beantragt		

**Anschrift der nächsten Angehörigen:**

Name, Vorname	Beziehung	Anschrift	Telefon / Handy

**Betreuer/In/Bevollmächtigter:**

Name, Vorname	Aufgabenkreis	Anschrift	Telefon / Handy

**Hausarzt oder Facharzt**

Name, Vorname	Fachgebiet	Anschrift	Telefon / Handy

