

**BEZIRKSKOMMISSION Hilfe und Pflege zu Hause**

Oberamt des Sensebezirks  
 Postfach 12  
 1712 Tafers  
  
 Tel.: 026 305 74 34

Leer lassen	
Datum Poststempel:	
Eingang am:	
Bewertung am:	
Entscheid am:	
Anrecht ab:	

**Hilfe und Pflege bedürftige Person**

M / W

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Mädchenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Politische Gemeinde: \_\_\_\_\_

Wohnhaft im Kanton Freiburg seit: \_\_\_\_\_

Gesetzliche/-r Vertreter/-in:  
 (Vormund, Beirat: Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Hausarzt: (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

➤ Hilfsbedürftig seit: \_\_\_\_\_

➤ Wohnsituation: \_\_\_\_\_

eigener Haushalt

gemeinsamer Haushalt mit:  
 (Angehörige oder nahe stehende Person) \_\_\_\_\_

unmittelbare Nachbarschaft:  
 (5 Minuten Wegzeit) \_\_\_\_\_

**Hilfe und Pflege leistende Person**

M / W

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Mädchenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Ehepartner  Tochter / Sohn

Schwieger-Tochter / -Sohn  andere Beziehung / seit: \_\_\_\_\_

/

**Art der geleisteten Hilfe und Pflege** (in Stichworten)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Werden Hilfeleistungen von Dritten beansprucht** (weitere Organisationen, Dienstleistungen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bestätigung der Angaben:**

Hilfe und Pflege <b>bedürftige</b> Person:	Datum:	_____
	Unterschrift:	_____
Hilfe und Pflege <b>leistende</b> Person:	Datum:	_____
	Unterschrift:	_____

Bitte das Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an:

**SPITEX Sense, Spitalstrasse 1, 1712 Tafers**

**Tel. 026 / 419 95 55**