



## Anmeldung zur Tagespflege

Datum:

**Tagespflege** gewünschte Wochentage  MONTAG  DIENSTAG  MITTWOCH  DONNERSTAG  FREITAG

**Transfer zur Tagespflegeeinrichtung**  Gast wird gebracht  Fahrdienst Merschroth'sche Höfe
Name, Vorname Geb.-Name  Geb.-Ort  Geb.-Datum Familien-Stand  ledig  verh.  verwit.  gesch. Konfession 

### Wohnadresse Tagesgast

Name / Vor. Straße, Nr. Stockwerk PLZ, Ort 

### Derzeitiger Aufenthalt (z. B. Klinik, Reha, Pflegeeinrichtung ...)

Name Straße, Nr. Stockwerk PLZ, Ort 

### Angehöriger | Betreuer

Verwandschaftsgrad Name / Vor. Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon E-Mail Notfall-Tel.Nr. 

### Angehöriger | Betreuer

Verwandschaftsgrad Name / Vor. Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon E-Mail Notfall-Tel.Nr. Kranken-/Pflegekasse Vers.-Nr. Pflegegrad  keine  1  2  3  4  5


**INFORMATIONEN ZUM PFLEGE- / BETREUUNGSBEDARF**
Datum: Name, Vorname Hausarzt Telefon 

Facharzt

Neurologe

Internist

Psychiater

Urologe Facharzt Telefon Werden Sie von einem **ambulanten Dienst** betreut?

nein

ja

wenn ja, welcher?

Name Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon E-Mail Telefax 
**Welche Leistungen** werden vom **ambulanten Pflegedienst** erbracht?

– Leistungen der Pflegeversicherung SGB XI

Körperpflege

– Leistungen der Krankenkasse SGBV

Behandlungspflege (Spritzen, Verbände, Medikamente o. a.)

**Sind Sie in Behandlung bei**


Physiotherapeut / Krankengymnastik

Name Telefon 

Ergotherapeut

Name Telefon 
**Bestehen folgende**
**Vorsorgevereinbarungen?**


Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Gesetzliche Betreuung


**INFORMATIONEN ZUM PFLEGE- / BETREUUNGSBEDARF**
Datum: Name, Vorname **Nehmen Sie ...** Gerinnungshemmer**Haben Sie ...** Diabetes  Insulinpflichtig einen Herzschrittmacher Allergie gegen bestimmte Medikamente \_\_\_\_\_ Sonstige Allergien \_\_\_\_\_ Ansteckende Krankheiten \_\_\_\_\_**Besteht eine Einschränkung der Mobilität?** nein ja

wenn ja, welche Hilfsmittel?

 Gehstock Rollator Ruhlstuhl**Besteht ein Sturzrisiko?** ja  nein \_\_\_\_\_**Besteht eine Hin- / Weglauf-Tendenz?** ja  nein \_\_\_\_\_**Liegen Erkrankungen vor?** (z.B. Asthma/Epilepsie) ja  nein \_\_\_\_\_**Welche besonderen Pflegemaßnahmen müssen durchgeführt werden ?****Bestehen Schmerzen ?** \_\_\_\_\_**Liegen Einschränkungen bei der Ernährung vor?** \_\_\_\_\_ Hilfe beim Essen Vergisst das Trinken

Trinkmenge pro Tag \_\_\_\_\_

**Liegen Einschränkungen beim Toilettengang vor?** Begleitung zur Toilette Inkontinenzhilfen

**INFORMATIONEN ZUM PFLEGE- / BETREUUNGSBEDARF**

Datum:

Name, Vorname

**Persönliche Angaben**

Um unsere Angebote an der Lebensgestaltung unserer Gäste zu orientieren, benötigen wir einige Angaben über Ihre Lebensgewohnheiten. Wir bitten Sie, die Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

**Was wünschen und erhoffen Sie sich von Ihrem Aufenthalt in der Tagespflege?**

---

---

**Welche Lebensgewohnheiten liegen Ihnen besonders am Herzen?**

---

---

**Wie sieht Ihr Tagesablauf zu Hause aus?**

---

---

**Haben Sie besondere Vorlieben und Hobbys?**

---

---

- |  |   |                                |                               |                                |
|--|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Sport und Bewegung | <input type="radio"/> Wellness          | <input type="radio"/> Kosmetik |                               |                                |
| <input type="radio"/> Spaziergang        | <input type="radio"/> Ausflüge          |                                |                               |                                |
| <input type="radio"/> Musik hören        | <input type="radio"/> Musizieren/Singen | <input type="radio"/> Erzählen | <input type="radio"/> Lesen   | <input type="radio"/> Vorlesen |
| <input type="radio"/> Kochen und Backen  | <input type="radio"/> Hausarbeit        |                                |                               |                                |
| <input type="radio"/> Handarbeit         | <input type="radio"/> Werkeln           | <input type="radio"/> Malen    | <input type="radio"/> Basteln |                                |
| <input type="radio"/> Gesellschaftsspiel |   |                                |                               |                                |



**INFORMATIONEN ZUM PFLEGE- / BETREUUNGSBEDARF**

Datum:

Name, Vorname

**Was sind Ihre Lieblingspeisen ?**

---

---

**Was sind Ihre Lieblingsgetränke ?**

---

---

**Haben Sie Unverträglichkeiten bei Speisen und /oder Getränken ?**

---

---

**Was sind Ihre Gewohnheiten bei der Mittagsruhe ?**

- Mittagsschlaf       Mittagsruhe      Uhrzeit: von – bis \_\_\_\_\_  
 Liegesessel       Sessel       Sofa       Musik/Fernsehen

**Haben Sie Interesse an der Vermittlung von zusätzlichen Leistungen ?**

---

---

- Physiotherapie       Ergotherapie       Rehasport       Wellness (Bewegungsbecken, Sauna)  
 Friseurbesuch       Maniküre       medizinische Fußpflege

---