



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
