

Anmeldung / Vormerkung

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus und kreuzen Sie Zutreffendes an:

Gewünschte Leistungen:

- Aufnahme in die Tagespflege, ab Datum _____
- an _____ Tagen pro Woche und zwar folgende Tage _____
- Ich benötige einen Fahrdienst Morgens zum Abholen Abends zum Bringen
- Ich benötige ein rollstuhlgerechtes Fahrzeug
- Ambulante Pflege, ab Datum _____

Tagespflegegast:

Name _____ Straße _____ Telefon _____

Vorname _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

Hausarzt _____ Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Pflegegrad ja nein Grad 1 2 3 4 5

Angehörige / Nächste Kontaktpersonen:

1. Name _____ Straße _____ E-Mail _____
- Vorname _____ PLZ / Ort _____
- Telefon _____ Verwandtschaftsverhältnis _____
2. Name _____ Straße _____ E-Mail _____
- Vorname _____ PLZ / Ort _____
- Telefon _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Gibt es eine bevollmächtigte Person? _____

Rechnungsempfänger für Eigenanteil _____

Anmeldung / Vormerkung

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus und kreuzen Sie Zutreffendes an:

Pflegeanamnese

Medikamentengabe in der Tagespflege

ja

nein

die Medikamente werden zu Hause gerichtet,
 die Tagespflege haftet nicht für den Inhalt der Medikamentenbox

Inkontinenz:

ja

nein

Hilfe beim Toilettengang notwendig

ja

nein

manchmal

Dauerkatheter vorhanden

ja

nein

Begleitung beim Aufstehen / Gehen notwendig

ja

nein

manchmal

Es besteht eine Weglauftendenz

ja

nein

Hilfe beim Essen notwendig

ja

nein

Hilfe beim Trinken notwendig

ja

nein

Beschäftigungsanamnese

Lieblingsbeschäftigung heute _____

Hobbys früher _____

Lieblingsessen _____

Zum Frühstück trinke ich gerne _____

Lieblingsfrucht _____

Lieblingsgemüse _____

Ich stricke gerne ja nein _____

Ich singe gerne in der Gruppe ja nein _____

Ich koche gerne ja nein _____

Ich backe gerne ja nein _____

Ich smag Gymnastik / Sport ja nein _____

Datum _____


 Unterschrift _____