

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		Derzeitiger Aufenthalt
_____	_____	_____
Hausarzt	Krankenkasse	Versicherungsnummer

Pflegegrad ja nein Grad 1 2 3 4 5

Angehörige / Nächste Kontaktpersonen:

1. _____

_____	_____	_____
Name	Straße	E-Mail
_____	_____	_____
Vorname	PLZ/Ort	
_____	_____	_____
Telefon		Verwandschaftsverhältnis

2. _____

_____	_____	_____
Name	Straße	E-Mail
_____	_____	_____
Vorname	PLZ/Ort	
_____	_____	_____
Telefon		Verwandschaftsverhältnis

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 mag Gymnastik / Sport ja nein _____

Datum _____

Unterschrift _____