



## Anmeldung zur Tagespflege

Datum:

**Tagespflege** gewünschte Wochentage  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  
**Transfer zur Tagespflegeeinrichtung**  Gast wird gebracht  Fahrdienst der Tagespflege

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

### Angehörige / Betreuer

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

### Angehörige / Betreuer

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

Kranken-/Pflegekasse

Vers.-Nr.

Pflegegrad  keinen  1  2  3  4  5



## Information zum Pflege- / Betreuungsbedarf

Name, Vorname

Hausarzt  Telefon

Facharzt  Telefon

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

Sind Sie in Behandlung bei

Physiotherapeut /Krankengymnastik Name

Telefon

Ergotherapeut Name

Telefon

Logopädie Name

Telefon

Bestehen folgende Vorsorge Vereinbarungen?

Vorsorgevollmacht  Patientenverfügung  gesetzliche Betreuung



## Information zum Pflege- / Betreuungsbedarf

Name, Vorname

Nehmen Sie ...  Gerinnungshemmer

Haben Sie ...  Diabetes  Insulinpflicht

einen Herzschrittmacher

Allergien gegen Medikamente

sonstige Allergien

ansteckende Krankheiten

---

---

---

Besteht eine Einschränkung der Mobilität?

Nein  Ja wenn ja, welche Hilfsmittel?  Gehhilfen  Prothesen  Rollstuhl

Besteht ein Sturzrisiko?  Nein  Ja

Besteht eine Hin- / Weglauf-Tendenz?  Nein  Ja

Liegen Erkrankungen vor? (z.B. Asthma/Epilepsie)  Nein  Ja

---

---

---

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  Inkontinenz

---



## Information zum Pflege- / Betreuungsbedarf

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="checkbox"/> Sport & Bewegung  | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele   | <input type="checkbox"/> Werkeln      | <input type="checkbox"/> Erzählen            |
| <input type="checkbox"/> Spaziergang       | <input type="checkbox"/> Gedächtnistraining    | <input type="checkbox"/> Malen        | <input type="checkbox"/> Lesen               |
| <input type="checkbox"/> Musik hören       | <input type="checkbox"/> Wellness (z.B. Baden) | <input type="checkbox"/> Basteln      | <input type="checkbox"/> Vorlesen            |
| <input type="checkbox"/> Kochen und Backen | <input type="checkbox"/> Kosmetik / Fußpflege  | <input type="checkbox"/> Gartenarbeit | <input type="checkbox"/> Ausflüge            |
| <input type="checkbox"/> Handarbeit        | <input type="checkbox"/> Friseur               | <input type="checkbox"/> Hausarbeit   | <input type="checkbox"/> Musizieren / Singen |



## Information zum Pflege- / Betreuungsbedarf

Name, Vorname

Was sind Ihre Lieblingspeisen?

---

---

Was sind Ihre Lieblingsgetränke?

---

---

Welche Speisen oder Getränke mögen Sie nicht?

---

---

Haben Sie Unverträglichkeiten bei Speisen / Getränke?

---

---

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?

(Diese Frage dient der Bedarfsermittlung!)

---

---

- Physiotherapie       Ergotherapie       Rehasport       Wellness