

Anmeldung zur Tagespflege

Name / Vorname: _____
Geb.- Name: _____
Straße, Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Geb.- Datum: _____
Geb.- Ort: _____
Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
Konfession: _____
Nationalität: _____

Wochentage

- Montag
 Dienstag
 Mittwoch
 Donnerstag
 Freitag

Zuhause abholen

-

Fahrdienst

Nach Hause bringen

-

Mitfahrt **NUR** im Rollstuhl möglich???

Ja

Nein

Bitte beachten Sie

Es ist sicherzustellen, dass der Tagespflegegast zu den vereinbarten Abholzeiten in Tageskleidung (Jacke, Schuhe, Tasche usw.) zur Abholung bereit ist. Falls Sie Unterstützung beim morgendlichen Ankleiden benötigen, wenden Sie sich bitte an unseren Ambulanten Pflegedienst „Pflegedienst Treib GmbH“ in Prittriching.

Angehörige:

Verwandtschaftsgrad: _____
Name / Vorname: _____
Straße, Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____

Verwandtschaftsgrad: _____
Name / Vorname: _____
Straße, Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____

Haben Sie einen durch das Amtsgericht bestellten Betreuer?
Haben Sie eine Vollmacht?

Ja
 Ja

Nein
 Nein

Betreuer:

Verwandtschaftsgrad: _____
Name / Vorname: _____
Straße, Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Betreueraufgaben: _____

Kranken-/ Pflegekasse:

Name: _____
Straße, Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Versicherungsnummer: _____
Kassennummer: _____

Pflegerad: 1 2 3 4 5

Hausarzt:

Name: _____
Telefonnummer: _____

Patientenverfügung vorhanden?
Vorsorgevollmacht vorhanden?

Ja
 Ja

Nein
 Nein

Werden Sie zusätzlich von einem Pflegedienst versorgt?

Ja

Nein

Pflegedienst:

 Pflegedienst
Treib GmbH

oder:

Name: _____
Straße, Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____

Informationen zum Pflege-/ Betreuungsbedarf

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

Nehmen Sie Gerinnungshemmer?

Ja

Nein

Haben Sie...

Diabetes

Herzschrittmacher

Allergien gegen Medikamente?

Sonstige Allergien?

Ansteckende Krankheiten?

Insulinpflichtig

Besteht eine Einschränkung der Mobilität?

Ja

Nein

wenn ja, welche Hilfsmittel?

Gehstock

Rollator

Rollstuhl

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

Sonstiges:

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 Sie 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"/> Lesen/ 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 |

Was sind Ihre Lieblingspeisen?

Was sind Ihre Lieblingsgetränke?

Haben Sie Unverträglichkeiten bei Speisen und/ oder Getränken?

Was bevorzugen Sie zum Frühstück?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Semmel | <input type="radio"/> Wurst | <input type="radio"/> Kaffee |
| <input type="radio"/> Vollkornsemmel | <input type="radio"/> Käse | <input type="radio"/> Tee |
| <input type="radio"/> Brot | <input type="radio"/> Marmelade | <input type="radio"/> Kakao |
| <input type="radio"/> Müsli | <input type="radio"/> Honig | <input type="radio"/> Milch |
| <input type="radio"/> Joguhrt | <input type="radio"/> Butter | <input type="radio"/> Orangensaft |
| | <input type="radio"/> Margarine | |

Was sind Ihre Gewohnheiten bei der Mittagsruhe?

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mittagsschlaf | <input type="radio"/> Mittagsruhe | Uhrzeit: von – bis _____ | |
| <input type="radio"/> Liegesessel | <input type="radio"/> Sofa | <input type="radio"/> Bett | <input type="radio"/> beim Fernsehen |

Platz für Wünsche oder Anmerkungen:
