



Eingang am:

Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Geburtsort: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Familienstand: verheiratet ledig verwitwet geschieden Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Bezugspersonen / Angehörige / Betreuer

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Straße: _____

PLZ / Ort: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Beziehung: _____ Beziehung: _____

Notfall-Tel: _____ Notfall-Tel: _____

Amtliche Betreuung oder Vorsorgevollmacht

<input type="checkbox"/> Ja (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht
--	-------------------------------	------------------------------------	--

Wenn Ja:

Name: _____ Straße: _____

Vorname: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kranken- und Pflegekasse

<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> vdek (Ersatzkassen)	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/>
Versichertennummer: _____			

Kostenübernahme

<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/>	
			Rentenbetrag in €



Altenpflegeheim Schweikershain gGmbH
 Pflegezentrum Lindenviertel – Tagespflege
Anmeldung Tagespflege



Pflegegrad

<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Bewilligungsbescheid der Pflegekasse liegt vor:				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad beantragt am:					

Grund der Anmeldung

--

An welchen Tagen möchte Sie die Tagespflege besuchen?

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Fahrdienst / Abholung gewünscht:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Privater Hol- und Bringdienst:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Stockwerk		Lift vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Läuft Tagesgast Treppen allein			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zugang zur Wohnung (Schlüssel)			<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> mit Begleitung

Medizinischer Fragebogen

Hausarzt:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Facharzt:

<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="checkbox"/> Internist	<input type="checkbox"/> Psychiater	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Name:		Telefon:	
-------	--	----------	--

Name:		Telefon:	
-------	--	----------	--

Haben Sie,

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Allergien gegen Medikamente			
<input type="checkbox"/> Sonstige Allergien / Unverträglichkeiten			
<input type="checkbox"/> Erkrankungen (z.B. Asthma / Epilepsie)			

Nehmen Sie,

<input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel (BTM)
---	---



Pflegerischer Fragebogen

Werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst betreut?

- Nein
- Ja, welcher?

Name:			
Straße		PLZ / Ort	
Telefon:		Telefax	

Welche Leistungen werden vom ambulanten Pflegedienst erbracht?	
Leistungen der Pflegeversicherung SGB XI	<input type="checkbox"/> Körperpflege
Leistungen der Krankenkasse SCB V	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege (Medikamente, Spritzen, Verbände, Wundversorgung o.ä.)
Wer betreut Sie zu Hause?	

Sind Sie in Behandlung bei

<input type="checkbox"/> Physiotherapie / Krankengymnastik	Name:	
	Telefon:	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	Name:	
	Telefon:	

Bestehen Einschränkungen in der der Mobilität?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Gehstock
-------------------------------	---	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Besteht ein Sturzrisiko?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Lauf-Tendenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Bestehen Einschränkungen bei der Orientierung?

Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Zur Person?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Bestehen Schmerzen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wo?	

Besteht eine Inkontinenz?

	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegen Einschränkungen beim Toilettengang vor?	<input type="checkbox"/> Begleitung zur Toilette	<input type="checkbox"/> Inkontinenzhilfen



Welche besonderen Pflegemaßnahmen müssen durchgeführt werden?

Essen und Trinken

<input type="checkbox"/> Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/> vergisst das Essen	<input type="checkbox"/> vergisst das Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
ärztliche angeordnete Diät	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	

Probetag am:		mit Fahrdienst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--------------	--	----------------	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben gemachten Angaben zur Bearbeitung meiner Anfrage gespeichert werden. Alle Angaben werden von uns entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vertraulich behandelt.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind, und werde Änderungen der erforderlichen Angaben unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich per

- E-Mail
- Telefon

über einen freien Platz in der Tagespflege „Lindенblick“ informiert werde.

Ort / Datum

Interessent / Bevollmächtigte / Betreuer

Daten aufgenommen am / HZ: