



## Anmeldung für Tagespflege

**Kurzinformation:**

1. ...
2. ...

**Mitgeltende Unterlagen/Dokumente/Querverweise:**

- ...
- ...

Versionsverlauf		Seite 1 von 3	Erstellt:	D. Fuß PDL	Caritas- Alten- und Pflegeheim St.Ludwig Jüdtstr. 1a, 91522 Ansbach Tel: 0981/4870-122
1.0	09/2016	erstellt	Geprüft:	S. Kettler EL	
2.0	01/2017	Pflegegrad	Freigegeben:	S. Kettler EL	

# Anmeldung für die Tagespflege

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ 3. Geburtsort: \_\_\_\_\_

3. Familienstand: \_\_\_\_\_ 5. Konfession: \_\_\_\_\_

4. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ 7. Beruf: \_\_\_\_\_

5. Grunderkrankung: \_\_\_\_\_

6. Orientierung:

örtlich		zeitlich		persönlich		situativ	
ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	Nein

7. besondere Kostform: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Eß- / Trinkgewohnheiten \_\_\_\_\_

8. Betreuung oder Vollmacht? \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie mitbringen**

9. Angehörige: Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

10. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**KV Nummer:** \_\_\_\_\_

11. Pflegegrad

1	2	3	4	5	Rüstig	Lt. Schriftlicher Bescheid vom

Zusätzliche

Betreuungsleistungen  ja, mtl. Beitrag 125  nein

12. Rechnungsempfänger:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Für Pflegebedingten Aufwand \_\_\_\_\_

	siehe oben		Krankenkasse
--	------------	--	--------------

13. Hausarzt / Name:

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

14. gewünschte Teilnahme an der Tagespflege \_\_\_\_\_

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

15. Patientenverfügung vorhanden?

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

16. Fahrdienst durch \_\_\_\_\_

17. Wer übernimmt die Medikamentenbestellung

Angehörige  Tagespflege  Pflegedienst

18. Hilfe erforderlich beim:  gehen  Toilette  An-/ Auskleiden  Essen reichen  baden

19. Hilfsmittel:  Rollstuhl  Gehwagen  Stock  Toilettenstuhl  sonstiges

20. Weglauftendenz  ja  nein

21. **Harninkontinenz**  ja  nein  gelegentlich **Stuhlinkontinenz**  ja  nein

gelegentlich

22. **Katheter**  ja  nein **Diabetes mellitus:**  ja  nein **Herzschrittmacher**  ja  nein

23. Allergien  nicht bekannt  ja, gegen \_\_\_\_\_

Hausbesuch erwünscht:  ja  nein Hausbesuch fand statt am: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Hdz. MA: \_\_\_\_\_ Hdz. Gast / Betreuung \_\_\_\_\_