

Anfragebogen Tagespflege

Datum:	Anfrage <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> persönlich
Ab wann soll der Besuch der Tagespflegeeinrichtung beginnen?	
An welchen Tagen möchten Sie die Tagespflege besuchen? <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag	
Möchten Sie unseren Fahrdienst in Anspruch nehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hin- und Rückfahrt <input type="checkbox"/> Nur Hinfahrt <input type="checkbox"/> Nur Rückfahrt	
1. Persönliche Stammdaten (des potenziellen Gastes)	
Name: (Geburtsname):	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse:	
Telefonnummer:	
Familienstand:	Konfession:
Staatsangehörigkeit:	(ehemaliger) Beruf:
Derzeitiger Aufenthalt: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha	
Krankenkasse:	Versichertennummer:
Von Rezeptgebühr befreit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beihilfeberechtigung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Beihilfestelle: _____ Vers.Nr: _____	
Hausarzt (Name und Adresse):	
Pflegeeinstufung bereits erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt Krankenkassenbescheid über Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Höherstufungsantrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> Ja % _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt	
Kostenträger: Selbstzahler <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/>	

2. Gesundheitsfragen - Medizinische Informationen			
Ist in der Tagespflege Medikamentenversorgung notwendig?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Information gegeben, dass Medikamente nicht bereitgestellt werden!</i>		<input type="checkbox"/> Ja	
Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich? Wenn ja? Welcher Art?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der Tagesgast	örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
	zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
	situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
	zur Person?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Demenz		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerkung:			
Besteht eine Hinlauftendenz?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Angehörige/ Betreuer			
1. Angehöriger (Name, Adresse, Telefonnummer, Verwandtschaftsgrad)			
E-Mail			
2. Angehöriger (Name, Adresse, Telefonnummer, Verwandtschaftsgrad)			
E-Mail			
3. Betreuer m. Ausweis/Bevollmächtigter (Name, Adresse, Telefonnummer)			
4. Der Gast braucht Hilfe:			
Ist der Tagesgast gehfähig?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Allein	<input type="checkbox"/> Rollator/Stock
		<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
Ist der Tagesgast sturzgefährdet?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt eine Inkontinenz vor?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Hilfsmittel benötigt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerkung: _____			

Kreisverband Neuburg-Schrobenhausen

Besondere Vorlieben und/oder Abneigungen bzgl. Essen & Trinken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche? _____
Ist eine besondere Diät erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche? (z. B. Reduktionskost...) _____
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche? (z. B. Laktoseintoleranz ...) _____
Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist möglich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe </div>
Beim Aufstehen vom Stuhl/ aus dem Bett <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Macht Mittagsruhe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkung: _____
5. Ergänzende Informationen
Freiheitsentziehende Maßnahmen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche: _____ Richterlicher Beschluss liegt vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welchen? <i>Information gegeben, dass Grundpflege grundsätzlich in häuslicher Umgebung gewährleistet sein muss!</i> <input type="checkbox"/> Ja
Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstige
Sonstiges: