



## Anmeldung zur Tagespflege

Gewünschter Aufnahmetermin \_\_\_\_\_

An folgenden Tagen möchte der Gast die Tagespflege besuchen:

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag

Fahrdienst:  Ja  Nein

- Fußgänger
- Rollstuhlfahrer
- Rollator
- Tragestuhl

### Gast:

|   |                      |
|---|----------------------|
| Name:   | Vorname:             |
| Geburtsname:  |                      |
| Adresse:  |                      |
| Abweichender Aufenthaltsort (z. B. Krankenhaus):  |                      |
| Telefon:  |                      |
| Geburtsdatum:   | Geburtsort:          |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden |                      |
| Konfession:   | Staatsangehörigkeit: |



## Erster Ansprechpartner:

|   |          |               |
|---|----------|---------------|
| Name:   | Vorname: | Geburtsdatum: |
| <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad:<br><input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger <input type="checkbox"/> Rechnung per E-Mail |          |               |
| <input type="checkbox"/> Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht   |          |               |
| Adresse:  |          |               |
| Telefon:  |          |               |
| E-Mail:   |          |               |

## Weiterer Ansprechpartner:

|   |          |               |
|---|----------|---------------|
| Name:   | Vorname: | Geburtsdatum: |
| <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsgrad:<br><input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger <input type="checkbox"/> Rechnung per E-Mail |          |               |
| <input type="checkbox"/> Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht   |          |               |
| Adresse:  |          |               |
| Telefon:  |          |               |
| E-Mail:   |          |               |

Nehmen Sie einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch?    ja    nein

Wenn ja, welchen?



## Kranken- / Pflegeversicherung:

|   |
|---|
| Name / Adresse:   |
| Versichertennummer:   |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt  |
| Pflegegrad:<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5<br><input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt      Datum: <input type="checkbox"/> Eilantrag durch Krankenhaus / Reha<br><input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen der Tagespflege gestellt |

## Ärztliche Versorgung:

|           |
|-----------|
| Hausarzt: |
| Adresse:  |
| Telefon:  |
| Fax:      |

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind – bis auf Widerruf – verbindlich und entsprechen den Tatsachen. Durch diese Anmeldung entstehen Ihnen keine Kosten.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Gastes

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

Bitte überzeugen Sie sich vor Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Diese Anmeldung ist unverbindlich.

|                        |                                 |                               |                      |               |
|------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------|
| Anmeldung zur Aufnahme | Freigabedatum:<br>23.08.2023/QB | Änderungsdatum:<br>27.10.2025 | Ersteller:<br>VW/PDL | Seite 3 von 3 |
|------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------|

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ -ort: \_\_\_\_\_

Diagnosen (Übersicht der Diagnosen bitte auch als Anhang beifügen)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten Allergien?  
\_\_\_\_\_

ansteckende Krankheiten z. B. Tuberkulose, MRSA oder eine andere ansteckende Krankheit i.S.d. IFSG  
ja , nein

Letzte Impfungen Art der Impfungen:  
Impfdatum: \_\_\_\_\_

wenig mittel stark Größe: \_\_\_\_\_ cm / Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Raucher:

Alkohol:

Anfallsleiden  welches: \_\_\_\_\_

Medikamentenabhängigkeit: ja  nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Medikation: Wir benötigen zur Aufnahme einen aktuellen Medikamentenplan, bitte fügen Sie einen aktuellen und unterschriebenen Medikamentenplan als Anhang bei.

|                          |                             |                               |        |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------|
| Sauerstoffgabe verordnet | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ml/min |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------|

|   |      |                          |
|---|------|--------------------------|
| Beatmungsunterstützungssystem / <b>Sauerstoffgerät</b> (nicht invasiv) vorhanden? | ja   | <input type="checkbox"/> |
|   | nein | <input type="checkbox"/> |

Chronische Schmerzen, Wo?:

(Einschränkungen durch Schmerzen?)

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

Aktuelle Schmerztherapie:

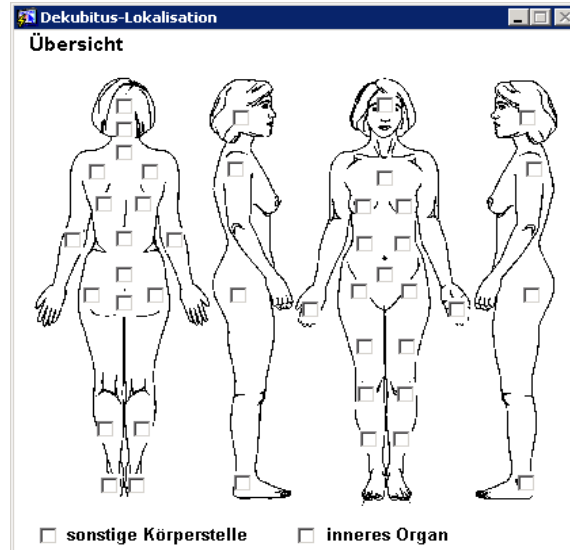
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Kontrakturen oder  
Bewegungseinschränkungen, wo?:

Dekubitus / Wunden (welche) wo?:

Aktuelle Wundtherapie:



Bewegung:

| Hilfestellung erforderlich?: | nein                     | zeitweise                | häufig                   | dauernd                  |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aufstehen                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu Bett gehen                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenbenutzung           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bettlägerig                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehhilfe                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Armprothese                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beinprothese                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Körperpflege:

| Hilfestellung erforderlich?: | nein                     | zeitweise                | häufig                   | dauernd                  |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Waschen                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haarpflege                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nagelpflege                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fußpflege                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnprothese                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hautzustand:

Hilfestellung zur Orientierung  
erforderlich:

|                   | nein                     | zeitweise                | häufig                   | dauernd                  |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| persönlich        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| situativ          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich beschäftigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Kontakte  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemerkungen:      |                          |                          |                          |                          |

Psychischer Unterstützungsbedarf:

Gemütsstimmung, seelische  
Verfassung:

---

Psychische Störungen:

---

Unruhezustände:

---

Hinweise auf Hin-/Weglauff Tendenzen:

---

Hinweise auf selbst- oder  
fremdgefährdendes Verhalten:

---

Hinweise auf nächtliche  
Unruhezustände:

---

Hilfestellung zur Kommunikation  
erforderlich:

|                  | nein                     | zeitweise                | häufig                   | dauernd                  |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sprachlich       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nicht sprachlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kontaktlinsen

Brillen

Glasauge links  rechts

Hörgerät links  rechts

Benötigt der Bewohner  
Hilfe bei der Nahrungs- u.  
Flüssigkeitsaufnahme?:

|         | Essen                    | nein                     | zeitweise                | häufig                   | dauernd                  |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kostform \_\_\_\_\_  
Ernährungszustand \_\_\_\_\_  
Sondennahrung   
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Aspirationsgefährdung: \_\_\_\_\_

Orale  
Medikamenteneinnahme  
möglich? : \_\_\_\_\_

Ausscheiden:

Harninkontinenz   
Stuhlinkontinenz   
Transurethraler Katheter  Größe: \_\_\_\_\_ Ch  
Suprapubischen Katheter   
Ileostoma   
Colostoma

Weitere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes