



Anmeldung

**Gewünschter Beginn des
Tagespflegegastes:**

. .

**Hier bitte nicht
ausfüllen!
Dieser Abschnitt wird
von der Einrichtung bei
Einzug ausgefüllt.**

für eine Einzelperson

Verhinderungspflege in der Zeit von bis

Tagespflege

Beginn

Verhinderungspflege

Tagespflege

Persönliche Angaben der Antragstellerin bzw. des Antragstellers:

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand:	Konfession:
Früherer Beruf:	Staatsangehörigkeit:
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Seit wann ist dies Ihr Hauptwohnsitz?	Datum:
Bei einem Wohnungswechsel vor weniger als 2 Jahren, bitte hier die frühere Adresse angeben!	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon (tagüber):	
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, %
Kostform:	<input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Derzeitiger Aufenthalt:	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Sonstiges:



Körpergröße- Gewicht- BMI des Antragstellers:

Körpergröße:
Gewicht:
BMI:

Hilfsmittel (Zahnprothese, Rollator, Gehstock, Rollstuhl, Hörgerät etc.):

--

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner:

Name, Vorname:
Verwandtschaftsverhältnis:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon (tags): Telefon (abends): Handy:

Name, Vorname:
Verwandtschaftsverhältnis:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon (tags): Telefon (abends): Handy:

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter

Bitte Kopie der Bestellungsurkunde, des Antrages auf Betreuungsverfahren oder der Vollmacht beifügen!

Name, Vorname:
Straße, Haus Nr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon (tags): Telefon (abends): Handy:
Wirkungskreis der Betreuung:



Behandelnder Hausarzt

Name, Vorname:	
Straße, Hausnr:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:

Behandelnder Neurologe

Name, Vorname:	
Straße, Hausnr:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:

Behandelnder Konsiliararzt

Name, Vorname:	
Straße, Hausnr:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:

Versicherungen

Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrages auf Pflegeleistungen beifügen!

Pflegekasse:	
Krankenkasse (falls abweichend):	
Versicherungsnummer:	
Einstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am bei
<input type="checkbox"/> rüstig Pflegestufe <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall	
Schnelleinstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einstufung wird demnächst beantragt durch:	
Bescheid der Pflegekasse liegt vor:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Stufe:



Bevollmächtigter für finanzielle Angelegenheiten

Wenn jemand vom Antragsteller bevollmächtigt wurde, bitte Kopie einer Generalvollmacht oder Bankvollmacht beifügen!

Name, Vorname:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon (tagsüber):

Kostenübernahmeregelung

Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrages auf Kostenübernahme beifügen!

Selbstzahler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Kostenträger:
Vorläufige Kostenübernahme Bescheid des Trägers liegt vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Datum, Aktenzeichen:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Diakonische Einrichtung Tagespflege Haus der Frauenhilfe für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach der Anordnung über den Datenschutz in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. seines gesetzlichen Vertreters



Benötigte Unterlagen zur Anmeldung in der Tagespflege

- **Diagnosen des Tagespflegegastes** (durch den behandelnden Arzt ausgefüllt)
- **Medikamentenplan** (durch den behandelnden Arzt ausgefüllt)
- **Körpergröße und Gewicht des Gastes**
- **Tagespflegevertrag**
- **Biografiebogen**
- **Anamnese** (Arztberichte in Form von Kopie)
- **Versicherungen**
(Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrages auf Pflegeleistungen beifügen!)
- **Bevollmächtigter für finanzielle Angelegenheiten**
(Wenn jemand vom Antragsteller bevollmächtigt wurde, bitte Kopie einer Generalvollmacht oder Bankvollmacht beifügen!)
- **Kostenübernahmeregelung**
(Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrages auf Kostenübernahme beifügen!)
- **Antrag auf Tagespflege**
(Vordruck zum Ausfüllen und Einreichen bei der Pflegversicherung)
- **Antrag auf Leistungen nach § 45 (zusätzliche Betreuungsleistungen)**
(Vordruck zum Ausfüllen und Einreichen bei der Pflegversicherung)
- **Antrag eine Pflegestufe**
(Vordruck zum Ausfüllen und Einreichen bei der Pflegversicherung)

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Tagespflege – Haus der Frauenhilfe für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach der Anordnung über den Datenschutz in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. seines gesetzlichen Vertreters



Diagnosen und Medikamentenplan

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnosen

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen

--

Medikamentenplan-Medikamentenverordnung

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen

--

Bedarfsmedikation:

--



Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Besonderheiten der Applikation:	
Einnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme
Letzte Medikation:	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends Uhrzeit:
Insulin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verabreichung per:	<input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):	
Sonstiges	Bemerkung

Datum /Stempel / Unterschrift der Praxis



I. Soziale Aspekte

Pflegebereitschaft der Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht in der Lage
Einstufung Pflegeversicherung beantragt	<input type="checkbox"/> ja, am	<input type="checkbox"/> bewilligt, Stufe:	
	<input type="checkbox"/> nein		
Betreuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Anschrift: Telefon: Mobil:		

II. Körperpflege/Kleidung

	ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	voll. Hilfe	Bett	Bad	Waschbecken
Waschen							
Duschen/ Baden							
Mundpflege							
Zahn- prothese							
Rasieren							
An- und Auskleiden							
Hautbe- schaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Sonstiges:						
Pflegemittel							

III. Ausscheidungen

Flüssigkeits- bilanzierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle	
Hilfestellung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> sonstiges
	<input type="checkbox"/> Steckbecken			



Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Anus-praeter-Versorgung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> vollst. Übernahme
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Harnblasenkatheter	
	CH: gelegt/gewechselt am: _____		
Harn-/Stuhlinkontinenz bisher versorgt mit folgendem Hilfsmittel (Art/Größe):			

IV. Bewegung

	Selbstständig	mit Anleitung	mit Hilfsmittel	mit pers. Hilfe	mit Hilfsmittel u. pers. Hilfe	Bemerkung
Aufstehen						
Gehen						
Transfer						
Gang zur Toilette						
Sitzen im Stuhl						
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv					
erforderliche Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> Sonstiges:					
bettlägerig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent Lagerungswechsel/Häufigkeit:					



VIII. Kommunikation

	ohne Ein- schrän- kungen	Einschrän- kungen	Bemerkungen
Sprache			
Sprachver- ständnis			
Gehör			
Sehen			

IX. Schlaf

ungestört
 Schlafstörungen
 nächtliche Unruhezustände
 Besonderheiten
 (z.B. Hilfen, Gewohnheiten):

X. Spezielle Aspekte/Pflegemaßnahmen

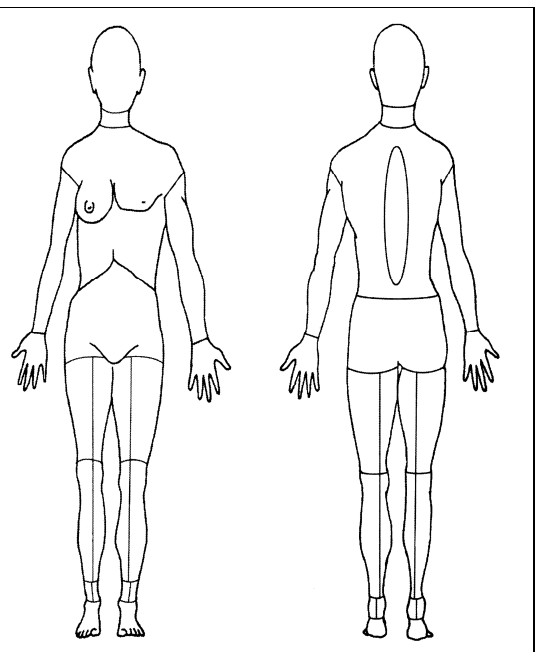
Dekubitus: nein ja (Lokalisation s. Grafik)
 Grad Größe
 Gefahr laut Norton-Skala:

Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.):
 Versorgung: selbstständig mit Hilfe

Pilzinfektion: ja, Lokalisation

Allergien	Ansteckende Krankheiten	Letzte Thorax-Röntgen- Untersuchung:
-----------	----------------------------	---

Bisherige Versorgung:



Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja welche?)

Tbc-frei: ja nein Hepatitis A-B-C-frei: ja nein
 MRSA-frei: ja nein

XI. Bisherige Therapie/Sonstiges

Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie



Informationsgespräch

Beratungsgespräch zur Sturz gefährdeten Personenkreis

Hiermit wurde ich über Möglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsfürsorge bei sturzgefährdeten Personen aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift der Leiterin bzw.
Pflegfachkraft

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. seines gesetzlichen Vertreters