

Anfragebogen Tagespflege



**Bayerisches
Rotes
Kreuz**

Kreisverband
Neuburg-Schrobenhausen

Standort: **Tagespflege Neuburg**
 Tagespflege Schrobenhausen

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:			
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

Anfragebogen Tagespflege



**Bayerisches
Rotes
Kreuz**

Kreisverband
Neuburg-Schrobenhausen

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?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja? Welcher Art?				
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)				
2. Angehöriger (Name, Adresse, Telefonnummer, Verwandtschaftsgrad)				
3. Betreuer m. Ausweis/Bevollmächtigter (Name, Adresse, Telefonnummer)				

Anfragebogen Tagespflege



**Bayerisches
Rotes
Kreuz**

Kreisverband
Neuburg-Schrobenhausen

4. Der Gast braucht Hilfe:		
Ist der Tagesgast gehfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Allein <input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Rollator/Stock
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: _____		
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"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> mit Hilfe
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: Welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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

Anfragebogen Tagespflege



**Bayerisches
Rotes
Kreuz**

Kreisverband
Neuburg-Schrobenhausen

Sonstiges: