**Aufnahmeantrag für Tagespflege ab**

Wochentage, die vom Tagespflegegast regelmäßig besucht werden:

[ ]  Montag [ ]  Dienstag [ ]  Mittwoch [ ]  Donnerstag [ ]  Freitag

Uhrzeit: von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Uhr bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Uhr

Fahrdienst: [ ]  ja [ ]  nein

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsname:

PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße:

Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Familienstand: [ ]  ledig [ ]  verh. [ ]  verw. [ ]  gesch.

Konfession: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit:

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Versichertennr. :

Geschäftsstelle: PLZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße:

Befreiung von Rezeptgebühren: [ ]  ja [ ]  nein

Pflege beantragt [ ]  JA wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  NEIN

Bereits eingestuft in: [ ]  ohne PG [ ]  Stufe 1 [ ]  Stufe 2 [ ]  Stufe 3 [ ]  Stufe 4 [ ]  Stufe 5

[ ]  Kopie des Einstufungsbescheids

Eingeschränkte Alltagskompetenz vorhanden( §87b/§45a) [ ]  ja [ ]  nein

Hausarzt:

**Angehörige/r:** [ ]  Ehegatte [ ]  Tochter [ ]  Sohn [ ]  Bruder [ ]  Schwester [ ]  Vater

 [ ]  Mutter [ ]  sonst. Angeh.:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.:

PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße:

Tel. (privat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: (dienstl.):

Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@

**Angehörige/r:** [ ]  Ehegatte [ ]  Tochter [ ]  Sohn [ ]  Bruder [ ]  Schwester [ ]  Vater

 [ ]  Mutter [ ]  sonst. Angeh.:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.:

PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße:

Tel. (privat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: (dienstl.):

Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@

**Vollmachten sind vorhanden:** [ ]  ja [ ]  nein (wenn ja welche):

❑ Vorsorgevollmacht ❑ Patientenverfügung ❑ Betreuungsverfügung

**Amtl. Betreuung** ab: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Az: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Amtsgericht:

Betreuer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anschrift:

Tel.:(pr.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (d.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax:

Handy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@

Den Eigenanteil bzw. die Heimkosten trage ich aus eigenem Einkommen [ ]

oder durch Sozialhilfeträger [ ]

Beim Sozialamt in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wurde am

Antrag auf Kostenübernahme gestellt:

Der Bescheid ist beigefügt [ ]  wird nachgereicht [ ]

Orientierung vorhanden: [ ]  ja Zeit [ ]  Ort [ ]  Situation [ ]  Person [ ]

 [ ]  nein Zeit [ ]  Ort [ ]  Situation [ ]  Person [ ]

Allergie: ja [ ]  nein [ ]  wenn ja; welche

Infektionskrankheit: ja [ ]  nein [ ]

Raucher? ja [ ]  nein [ ]  Alkoholiker? ja [ ]  nein [ ]

Tagesablauf:

Wann sind Sie morgens gewohnt aufzustehen?            Uhr

Um welche Uhrzeit haben Sie gefrühstückt:            Uhr

Halten Sie eine Mittagsruhe [ ]  ja von            Uhr [ ]  nein

Um welche Uhrzeit haben Sie zu Abend gegessen:            Uhr

Wann gehen Sie ca. zu Bett?            Uhr

Sturz [ ]  ja

 [ ]  nein

 [ ]  bereits vor Einzug bekannt

Hilfsmittel [ ]  Rollator

 [ ]  Rollstuhl

 [ ]  Sonstiges

Sehen / Hören [ ]  Brille

 [ ]  Sehschwäche vorhanden / keine Brille

 [ ]  Hörgerät

 [ ]  Schwerhörig

Ausscheidung [ ]  Harninkontinenz

 [ ]  Stuhlinkontinenz

Erkrankungen [ ]  Niedriger Blutdruck

 [ ]  Hoher Blutdruck

 [ ]  Blutzuckerentgleisung

 [ ]  blutverdünnende Medikamente