**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