



K 1.1.6 Anmeldung Tagespflege

Datum:	
1. Vor- und Nachname:	
2. Geburtsname:	
3. Pflegegrad:	
4. Geb.-Datum:	
5. Geburtsort:	
6. Straße/Hausnummer:	
7. Wohnort:	
8. Familienstand:	
9. Staatsangehörigkeit:	
10. Konfession:	
11. Telefonnummer:	
12. Hilfe bei der Pflege: Angehörige Art der Hilfe (Pflege, Medikamente etc.)	<input type="checkbox"/> Ja, wer? _____ <input type="checkbox"/> Nein
13. Ambulanter Dienst Art der Leistungen (Pflegeleistun- gen SGB XI, Behandlungspflege SGB V)	<input type="checkbox"/> Ja, welcher? <input type="checkbox"/> Nein
14. Findet die Medikamentengabe in der Tagespflege statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Wenn Frage 14 mit Ja beantwor- tet: Wer stellt die Medikamente?	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Fachperson (ambulante Pflegedienst)
16. Wer trägt die Kosten für den Aufenthalt?	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Pflegekasse
17. Antrag auf Leistungen der teilsta- tionären Tages- oder Nachtpfle- ge wurde gestellt:	<input type="checkbox"/> Ja, wann? _____ <input type="checkbox"/> Nein
18. Kostform: Bestehen Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
19. Wunden vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja, wo? _____ <input type="checkbox"/> Nein



20. Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21. Hörgeräte	<input type="checkbox"/> Ja, _____ (rechts, links) <input type="checkbox"/> Nein
22. Brille	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
23. Zahnprothesen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
24. Notrufknopf zuhause	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
25. Krankenkasse (Name / Anschrift):	_____
26. Krankenversichertennummer:	_____
27. Hausarzt	Wer? _____ Adresse: _____ Telefonnr.: _____
28. a) Weiterführende Ärzte:	Wer? _____ Fachgebiet: _____ Adresse: _____ Telefonnr.: _____
21. b) Weiterführende Ärzte:	Wer? _____ Fachgebiet: _____ Adresse: _____ Telefonnr.: _____
21. c) Weiterführende Ärzte:	Wer? _____ Fachgebiet: _____ Adresse: _____ Telefonnr.: _____
29. Bestehende Therapien (Krankengymnastik etc.):	_____
30. Erhalten Sie Beihilfe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
31. Besteht eine Betreuung / liegt eine Vorsorgevollmacht vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
32. Liegt eine Patientenverfügung vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



33. Einfache Entfernung zur Tagespflege:	km		
34. Abholung durch Fahrdienst	<input type="checkbox"/> Ja	Gewünschte Abholzeit: _____ Uhr	
	<input type="checkbox"/> Nein		
35. Rollstuhlfahrer/in:	<input type="checkbox"/> Ja		
	<input type="checkbox"/> Nein		
36. Rollator:	<input type="checkbox"/> Ja		
	<input type="checkbox"/> Nein		
37. Sturzgefahr:	<input type="checkbox"/> Ja		
Letztes Sturzereignis:	<input type="checkbox"/> Nein	Wann? _____	
38. Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> lebt alleine		
	<input type="checkbox"/> lebt bei/mit:		
	<input type="checkbox"/> Welche Etage/ Fahrstuhl? _____		
39. Name und Anschrift aller Kinder oder sonstiger Bezugspersonen:			
Person 1:		Person 2:	Person 3:
Name:			
Anschrift:			
Telefon:			
E-Mail:			
Rechnung per: <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Post (Person 1)			

Oberhausen, den _____

Unterschrift _____