

Unverbindliche Anfrage für die Tagespflege

Arbeitsbereich GF/PDL

Daten Tagespflegegast

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Familienstand: _____

Geboren am: _____ in: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Straße: _____

Telefonnummer: _____

Konfession: _____

Derzeitiger Aufenthalt: Häuslichkeit Betreutes Wohnen Angehörige

Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

Krankenkasse/Pflegekasse: _____

KV-Nr. _____

Pflegegrad: _____ seit wann: _____

Häuslicher Pflegedienst: _____

Hausarzt: _____

weitere Fachärzte: _____

Med. Diagnosen: _____

Allergien: nein ja Welche? _____

Welche Hilfsmittel hat der Tagespflegegast?

- Gehstock/Gehwagen/Gehbock
- Unterarmgehstütze links rechts beidseitig
- Rollator
- Rollstuhl
- Brille/Lesebrille
- Hörgeräte links rechts beidseitig

Wünsche zur Tagespflege

Wann soll die Tagespflege besucht werden? _____ × pro Woche

Bitte gewünschte Wochentage angeben:

Mo. Di. Mi. Do. Fr.

Ab wann soll der Besuch der Tagespflege beginnen? _____

Die Fahrt/der Fußweg zur Tagespflege „Am Boulevard“ sollte erfolgen durch:

Angehörige Fahrdienst Selbstständig

Die Heimfahrt sollte erfolgen durch:

Angehörige Fahrdienst Selbstständig

Daten Angehöriger/Betreuer

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Straße: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Straße: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse: _____

Folgende Dokumente liegen in Kopie vor:

Patientenverfügung

Vollmacht/Generalvollmacht

Betreuungsverfügung

Kopie PA/KK

Biografie

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

**Unterschrift aufnehmende
PDL/Pflegefachkraft**

**Unterschrift Tagespflegegast oder
Angehöriger/Betreuer**