



Welche Dokumente benötigen wir für die Betreuung Ihres Angehörigen in der Tagespflege?

Bitte bringen Sie am besten zum Erstgespräch mit:

- das Formular „Anmeldung zur Tagespflege“
- den ärztlichen Fragebogen
- eine Kopie des Leistungsbescheids der Pflegekasse
- eine Kopie der Erklärung aus der hervorgeht bis zu welchem Betrag der Tagespflegegast die Pflegesachleistung, Pflegegeld oder Kombileistung in Anspruch nimmt
- eine Kopie der Generalvollmacht / Urkunde des gesetzlichen Betreuers

Gibt es keinen bevollmächtigten Vertreter oder gesetzlichen Betreuer, der rechtmäßig Geschäfte für den zukünftigen Bewohner erledigen kann und ist dieser selbst nicht mehr geschäftsfähig oder/und kann nicht mehr unterschreiben, benötigen wir

- die ausgefüllte und unterschriebene Zahlungsverpflichtungserklärung

Die Heimkostenentgelte der Tagespflege werden nach der jeweiligen Pflegestufe berechnet. Diese können Sie aus beiliegender Anlage ersehen.

Was ist mitzubringen für den Aufenthalt in der Tagespflege?

- Medikamente
- Medikamentenplan
- Krankenversicherungskarte
- Befreiungsausweis (falls vorhanden, bitte beim Sozialdienst abgeben)
- ggf. Hilfsmittel (Rollstuhl/Rollator etc.)
- Inkontinenzmaterial
- Ersatzkleidung



Anmeldung zur Tagespflege

Tagespflege St. Elisabeth
Königstraße 60
73054 Eisingen

Aufnahmedatum

Selina Labajo
Leitung Kundenberatung - Wohnen

Betreuung in der Tagespflege an folgenden Tagen:

- Mo Mi Fr
- Di Do

Telefon 07161 / 8006-216
Telefax 07161 / 8006-115
s.labajo@altenzentrum-st-elisabeth.org

1. Name (ggf. Geburtsname)

2. Vorname

3. Hauptwohnsitz

PLZ Wohnort

.....
Straße, Hausnummer Telefon

4. derzeitiger Aufenthalt

5. Geburtsdaten

Geburtsdatum Geburtsort

6. Familienstand

7. Konfession

8. Staatsangehörigkeit

9. Pflegestufe Einstufung bei Pflegekasse beantragt am

Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3

Antrag abgelehnt am

10. Hausarzt

Name Telefon

11. Krankenkasse

12. Zuzahlungsbefreiung nein ja (bitte geben Sie den Befreiungsausweis zur
(für das aktuelle Kalenderjahr) Weiterleitung an die entsprechenden
Stellen beim Sozialdienst ab.)

13. Es besteht ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen der durch die Pflegekasse
bestätigt ist nein ja





14. Kontaktpersonen

.....
Vor- und Zuname wie verwandt?

.....
PLZ Wohnort

.....
Straße, Hausnummer

.....
Telefon (privat / geschäftlich) E-Mail-Adresse

15. Kontaktpersonen

.....
Vor- und Zuname wie verwandt?

.....
PLZ Wohnort

.....
Straße, Hausnummer

.....
Telefon (privat / geschäftlich) E-Mail-Adresse

16. Generalvollmacht/Betreuung

.....
Vor- und Zuname

.....
PLZ Wohnort

.....
Straße, Hausnummer

.....
Telefon (privat / geschäftlich) E-Mail-Adresse

17. Patientenverfügung

nein ja (ist/wird beigefügt)

18. Kostenträger

eigenes Einkommen/Vermögen

Sozialhilfe (Antrag muss noch gestellt werden)

Sozialhilfe (Antrag ist gestellt)

19. Fahrdienst wird in Anspruch genommen

ja morgens von zu Hause holen

nachmittags nach Hause bringen

nein, der Gast wird von Angehörigen gebracht und geholt

20. Ärztlicher Fragebogen

liegt bei wird nachgereicht

21. Pflegesachleistung wird bereits in Anspruch genommen ja nein

Wenn ja, von(Name des Pflegedienstes)

22. Hilfsmittel

Gehstock Rollator Rollstuhl

.....
Ort/Datum Unterschrift des Bewohners oder des
bevollm. oder gesetzl. Vertreters





Ärztlicher Fragebogen

Tagespflege St. Elisabeth
Königstraße 60
73054 Eisingen

Selina Labajo
Leitung Kundenberatung - Wohnen

Telefon 07161 / 8006-216
Telefax 07161 / 8006-115
s.labajo@altenzentrum-st-elisabeth.org

Name, Vorname

Dauerpflege ab

Kurzzeitpflege von..... bis

Tagespflege ab

Geburtsdatum

Ist Patient gehfähig? ja nein mit Hilfsmittel/ Unterstützung

Ist Treppensteigen möglich? ja nein

Ist Patient bettlägerig? ja nein vorübergehend

Ist Patient inkontinent? urininkontinent stuhlinkontinent

Orientierung örtlich zeitlich

Bedarf fremder Hilfe beim Essen beim Waschen
 beim An-/Auskleiden beim Frisieren/ Rasieren
 beim Aufstehen Toilettengang
 beim Lagern

Behinderung/ Lähmungen

Suchtkrankheiten

Einschränkungen beim Hören Sehen Sprechen

Ernährungszustand normal adipös kachektisch

Diabetes mellitus ja nein

ansteckende Krankheiten ja, nämlich..... nein

Diagnosen

.....

.....

.....

.....

Wunden/ PEG/ DK/ O2-Therapie?

Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift/Stempel des Arztes





Name: _____ Vorname: _____ Geb: _____

Bitte beschreiben Sie Ihren Tagesablauf:		AEDL
Wann stehen Sie normalerweise auf?		8 schlafen
Wann frühstücken Sie normalerweise?		5 essen / trinken
Wie haben Sie bisher Ihren Vormittag verbracht? z.B. Zeitung lesen, Hausarbeiten erledigen, andere Aktivitäten		9 beschäftigen
Wann essen Sie in der Regel zu Mittag?		5 essen / trinken
Halten Sie Mittagsruhe?		8 schlafen
Wie haben Sie bisher Ihren Nachmittag verbracht? z.B. Kaffee trinken, Fernsehen, spazieren gehen		9 beschäftigen
Wie haben Sie bisher Ihren Abend verbracht?		5 essen / trinken
Wann essen Sie in Regel zu Abend?		5 essen / trinken
Möchten Sie eine Spätmahlzeit?		
Wann gehen Sie normalerweise zu Bett?		8 schlafen
Haben Sie bestimmte Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten?		Nach Wahl
		AEDL



Haben Sie gerne Kontakt oder leben Sie zurückgezogen? Verwandte, Bekannte?		1 kommunizieren
Was essen / trinken Sie am liebsten? zum Frühstück zu Mittag zum Abendessen Was mögen Sie gar nicht?		5 essen / trinken
Berufliche Tätigkeit? Haben Sie Interesse an bestimmten Aktivitäten? Möchten Sie den Gottesdienst hier besuchen?		9 beschäftigen
Was Sie uns noch unbedingt mitteilen wollen:		
Was ist Ihnen wichtig? Zum Beispiel: gleichgeschlechtliche Pflege, Zahnprothesenpflege, allgemein im Umgang, Wahl der Kleidung, persönliches Umfeld etc.		4 pflegen
Was sollten wir auf keinen Fall tun?		Nach Wahl
Datum	Unterschrift	(i.d.R. Soz. Dienst)