

Datum:		Anfrage/Beratung <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> persönlich			
Anmeldung für:		<input type="checkbox"/> Tagespflege „An der Werra“ in der Henneberger Str. 3f, 98617 Meiningen <input type="checkbox"/> Tagespflege „Sonnenrose“ in der Mittelsdorfer Str. 22, 98634 Kaltensundheim			
1. Anrufer/-in bzw. Interessent/-in					
Name:			Vorname:		
Telefon:			Mobil:		
Liegt eine gerichtlich bestellte Betreuung oder Vollmacht vor?					
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Beantragt	
2. Persönliche Stammdaten (des potentiellen Gastes)					
Name: (Geburtsname):			Vorname:		
Geburtsdatum:			Geburtsort:		
Adresse:					
Familienstand:			Konfession:		
Staatsangehörigkeit:			(ehemaliger) Beruf:		
Derzeitiger Aufenthalt: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha					
Krankenkasse:			Versichertennummer:		
Von Rezeptgebühr befreit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Hausarzt (Name und Adresse):			Im Notfall in welches Krankenhaus?		
Grad der Pflegebedürftigkeit:					
Pflegradeinstufung bereits erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt					
Krankenkassenbescheid über Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
Höhergradungsantrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Beziehen Sie besondere Leistungen nach §45b SGB XI?					
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Beantragt	
Beratung zu Finanzierungsmöglichkeiten ist erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
3. Gesundheitsfragen - Medizinische Informationen					
Liegen derzeit ansteckende Krankheiten vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Allergien? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche:			Anfallsleiden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja? Welcher Art?					
Ist in der Tagespflege Medikamentenversorgung notwendig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Medikamentenplan mit Unterschriften!)					
Information gegeben, dass Medikamente nicht bereitgestellt werden! <input type="checkbox"/> Ja					

Besondere Hinweise (z. B. Marcumarpatient, Herzschrittmacher ...):				
Hilfsmittel bei Toilettengang nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, welche?				
Ist der Tagesgast gehfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<input type="checkbox"/> Allein <input type="checkbox"/> Rollator/Stock				
Ist der Tagesgast sturzgefährdet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Liegt eine Inkontinenz vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Liegt eine Suchtkrankheit vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Welche?				
Ist eine Hinlauftendenz bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Ist der Tagesgast	örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
	zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
	situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
	zur Person?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
4. Essen & Trinken				
Bestehen besondere Vorlieben und/oder Abneigungen bzgl. Essen & Trinken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, welche?				
Ist eine besondere Diät erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, welche? (z. B. Reduktionskost...)				
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, welche? (z. B. Laktoseintoleranz ...)				
Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist möglich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe				
5. Ergänzende Informationen				
Ab wann soll der Besuch der Tagespflegeeinrichtung beginnen?				
An welchen Tagen möchten Sie die Tagespflege besuchen?				
<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag				
Werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, welchen?				
<i>Information gegeben, dass Grundpflege grundsätzlich in häuslicher Umgebung gewährleistet sein muss!</i> <input type="checkbox"/> Ja				
Möchten Sie unseren Fahrdienst in Anspruch nehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<input type="checkbox"/> Hin- und Rückfahrt <input type="checkbox"/> Nur Hinfahrt <input type="checkbox"/> Nur Rückfahrt				
Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?				
<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstige				