

Datum:	Anfrage/Beratung <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> persönlich		
1. Anrufer/-in bzw. Interessent/-in (Verwandtschaftsgrad/Beziehung zum potentiellen Gast)			
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: Pfleggradeinstufung 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? Wenn ja? Welcher Art?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist in der Tagespflege Medikamentenversorgung notwendig? (Medikamentenplan mit Unterschriften!) <i>Information gegeben, dass Medikamente nicht bereitgestellt werden!</i>			<input type="checkbox"/> Ja

Besondere Hinweise (z. B. Marcumarpatient, Herzschrittmacher ...):				
Hilfsmittel bei Toilettengang nötig? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
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? Welche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
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? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist eine besondere Diät erforderlich? Wenn ja, welche? (z. B. Reduktionskost...)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche? (z. B. Laktoseintoleranz ...)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
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? Wenn ja, welchen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<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"/> Hin- und Rückfahrt <input type="checkbox"/> Nur Hinfahrt <input type="checkbox"/> Nur Rückfahrt		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstige				