



Anmeldung

Gewünschter Beginn des Tagespflegegastes:

. .

für eine Einzelperson

Verhinderungspflege in der Zeit von _____ bis _____

Tagespflege

*Hier bitte nicht ausfüllen!
Dieser Abschnitt wird von der Einrichtung bei Einzug ausgefüllt.*

Beginn

Verhinderungspflege

Tagespflege

Persönliche Angaben der Antragstellerin bzw. des Antragstellers:

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand:	Konfession:
Früherer Beruf:	Staatsangehörigkeit:
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Seit wann ist dies Ihr Hauptwohnsitz?	Datum:
Bei einem Wohnungswechsel vor weniger als 2 Jahren, bitte hier die frühere Adresse angeben!	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon (tagsüber):	
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, %
Kostform:	<input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sonstiges:



Anmeldung

Körpergröße- Gewicht- BMI des Antragstellers:

Körpergröße:
Gewicht:
BMI:

Hilfsmittel (Zahnprothese, Rollator, Gehstock, Rollstuhl, Hörgerät etc.):

--

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner:

Name, Vorname:
Verwandtschaftsverhältnis:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon (tags): Telefon (abends): Handy:
E-Mail:

Name, Vorname:
Verwandtschaftsverhältnis:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon (tags): Telefon (abends): Handy:
E-Mail:



Anmeldung

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter

Bitte Kopie der Bestellungsurkunde, des Antrages auf Betreuungsverfahren oder der Vollmacht beifügen!

Name, Vorname:		
Straße, Haus Nr.:		
PLZ, Wohnort:		
Telefon (tags):	Telefon (abends):	Handy:

Behandelnder Hausarzt

Name, Vorname:	
Straße, Hausnr:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:

Behandelnder Neurologe

Name, Vorname:	
Straße, Hausnr:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:

Behandelnder Konsiliararzt

Name, Vorname:	
Straße, Hausnr:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:



Anmeldung

Versicherungen

Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrages auf Pflegeleistungen beifügen!

Pflegekasse:			
Krankenkasse (falls abweichend):			
Versicherungsnummer:			
Einstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	bei
<input type="checkbox"/> rüstig	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Schnelleinstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Einstufung wird demnächst beantragt durch:			

Bevollmächtigter für finanzielle Angelegenheiten

Wenn jemand vom Antragsteller bevollmächtigt wurde, bitte Kopie einer Generalvollmacht oder Bankvollmacht beifügen!

Name, Vorname:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon (tagsüber):

Kostenübernahmeregelung

Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrages auf Kostenübernahme beifügen!

Selbstzahler:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Andere Kostenträger:							
Vorläufige Kostenübernahme Bescheid des Trägers liegt vor:						<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Datum, Aktenzeichen:							

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.



Anmeldung

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Diakonische Einrichtung Tagespflege Haus der Frauenhilfe für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach der Anordnung über den Datenschutz in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Anmeldung

Benötigte Unterlagen zur Anmeldung in der Tagespflege

- **Diagnosen des Tagespflegegastes** (durch den behandelnden Arzt ausgefüllt oder aktueller Arztbrief in Kopie)
- **Medikamentenplan** (durch den behandelnden Arzt ausgefüllt oder aktueller Medikamentenplan in Kopie)
- **Körpergröße und Gewicht des Gastes**
- **Biografiebogen**
- **Anamnese** (Arztberichte in Form von Kopie)
- **Versicherungen**
(Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrages auf Pflegeleistungen beifügen!)
- **Bevollmächtigter für finanzielle Angelegenheiten**
(Wenn jemand vom Antragsteller bevollmächtigt wurde, bitte Kopie einer Generalvollmacht oder Bankvollmacht beifügen!)
- **Kostenübernahmeregelung**
(Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrages auf Kostenübernahme beifügen!)
- **Antrag auf Tagespflege**
- **Pflegegrade oder diesen beantragen**
(Bescheid der Pflegekasse in Kopie beifügen)

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Tagespflege – Haus der Frauenhilfe für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach der Anordnung über den Datenschutz in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. seines gesetzlichen Vertreter



Anmeldung

Diagnosen und Medikamentenplan

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnosen

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen

Medikamentenplan-Medikamentenverordnung

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen

Bedarfsmedikation:



Anmeldung

Besonderheiten der Applikation:	
Einnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme
Letzte Medikation:	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends Uhrzeit:
Insulin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verabreichung per:	<input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):	
Sonstiges	Bemerkung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Datum /Stempel / Unterschrift der Praxis



Anmeldung

I. Soziale Aspekte

Pflegebereitschaft der Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht in der Lage
Einstufung Pflegeversicherung beantragt	<input type="checkbox"/> ja, am	<input type="checkbox"/> bewilligt, Stufe:	
	<input type="checkbox"/> nein		
Betreuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Anschrift: Telefon: Mobil:		

II. Körperpflege/Kleidung

	ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	voll. Hilfe	Bett	Bad	Waschbecken
Waschen							
Duschen/ Baden							
Mundpflege							
Zahn- prothese							
Rasieren							
An- und Auskleiden							
Hautbe- schaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Sonstiges:						
Pflegemittel							



Anmeldung

III. Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle
Hilfestellung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> sonstiges
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Anus-praeter-Versorgung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> vollst. Übernahme
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Blasenkatheter CH: gelegt/gewechselt am: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> Suprapubischer Harnblasenkatheter
Harn-/Stuhlinkontinenz bisher versorgt mit folgendem Hilfsmittel (Art/Größe):			



Anmeldung

IV. Bewegung

	Selbstständig	mit Anleitung	mit Hilfsmittel	mit pers. Hilfe	mit Hilfsmittel u. pers. Hilfe	Bemerkung
Aufstehen						
Gehen						
Transfer						
Gang zur Toilette						
Sitzen im Stuhl						
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv					
erforderliche Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> Sonstiges:					
bettlägerig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent Lagerungswechsel/Häufigkeit:					



Anmeldung

V. Ernährung

Kostform:		
Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> braucht Anregung
		<input type="checkbox"/> braucht Hilfe
		<input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung		
tägl. Trinkmenge: _____ ml		
Trinkverhalten: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken		
Sondenkost <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
tägl. Kalorienzufuhr: _____ kcal		
tägl. Sondenkost: _____ ml		Tee: _____ ml
Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Schwerkraft		
Sondentyp:		Sonde gelegt am:
Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
tägl. Kalorienzufuhr: _____ kcal		tägl. Menge: _____ ml
BMI = _____		

VI. Orientierung/Psych

VII. Atmung/Bewusstseinslage

	ja	nein	zeitweise
zeitlich			
örtlich			
Persönlich			
situativ			
Bemerkung	Weglauff tendenz <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Sauerstoffgabe: _____ mal/h
Absaugung: _____ mal täglich



Anmeldung

VIII. Kommunikation

	ohne Einschränkungen	Einschränkungen	Bemerkungen
Sprache			
Sprachverständnis			
Gehör			
Sehen			

IX. Schlaf

- ungestört
 Schlafstörungen
 nächtliche Unruhezustände
 Besonderheiten
 (z.B. Hilfen, Gewohnheiten):

X. Spezielle Aspekte/Pflegemaßnahmen

Dekubitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation s. Grafik)		
Grad Größe		
Gefahr laut Norton-Skala:		
Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.):		
Versorgung: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe		
Pilzinfektion: <input type="checkbox"/> ja, Lokalisation		
Allergien	Ansteckende Krankheiten	Letzte Thorax-Röntgen-Untersuchung:
Bisherige Versorgung:		



Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja welche?) _____ _____ _____	
Tbc-frei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis A-B-C-frei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MRSA-frei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



Anmeldung

XI. Bisherige Therapie/Sonstiges

Krankengymnastik

Ergotherapie

Logopädie



Anmeldung

Informationsgespräch

Beratungsgespräch zur Sturz gefährdeten Personenkreis

Hiermit wurde ich über Möglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsfürsorge bei sturzgefährdeten Personen aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift der Leiterin bzw.
Pflegfachkraft

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters



Anmeldung

Biografiebogen

1. Momentane Lebenssituation

- **Wohnsituation:**

Lebt alleine/hat eigenen Haushalt: _____

Bezugsperson: _____

Bemerkungen: _____

- **Versorgung:**

alleine

benötigt
Hilfe

Über-
nahme

durch:

Wichtige Entscheidungen: _____

Haushalt/Einkauf _____

Körperpflege zu Hause _____

(waschen, baden etc.) _____

An- & Auskleiden _____

Essen/Trinken _____

Zubereitung _____

Essgewohnheiten: _____

(Schonkost, Diät, Menge Vorlieben, Abneigungen)

Trinkgewohnheiten: _____

(Menge, Vorlieben, Abneigungen)

Probleme: _____

- **Pflegesituation:**

Die Versorgung/Pflege leistet überwiegend:

Hilfe durch andere Dienste (z.B. Sozialstation, Essen auf Rädern, oder
anderes): _____

- **Tagesgestaltung:**

Tägliche Tätigkeiten (Tagesablauf zu Hause): _____



Anmeldung

Wach-/Schlafrythmus: (am Tag/in der Nacht): _____

Kontakte (Verwandte, Freunde, Nachbarn, Häufigkeit): _____

Interessen (Hobbys, Gewohnheiten, Abneigungen): _____

2. Zur Lebensgeschichte

- **Kindheit/Jugend:**

Wo und wie ist der Tagespflegegast aufgewachsen? (Stadt oder Land, Konfession, Lebens- und Wirtschaftsverhältnisse) _____

Wie viele Geschwister (Namen) hat der Tagespflegegast? Das wievielte Kind war er bzw. sie? _____



Anmeldung

Eltern (Name, Beruf): _____

- **Beruflicher Werdegang:**

Welche Schulen hat der Tagespflegegast besucht? _____

Welchen Beruf hat der Tagespflegegast erlernt? _____

Welche Tätigkeiten wurden wann und wo ausgeführt? _____

Wie lange war der Tagespflegegast berufstätig? _____
Welche Bedeutung hatte der Beruf? _____

- **Partnerschaft/Ehe/Familie:**

Wann hat der Tagesgast geheiratet? _____
Wie viele Kinder hat der Tagesgast? _____



Anmeldung

Namen und Verhältnis: _____

Prägende oder schöne Lebensereignisse (z.B. Krieg, Flucht, Todesfälle, Krankheiten, Reisen, Umzug, Feste etc.) _____

- **Frühere Interessen/Hobbys** (Verein, Gemeinde, Freizeitgestaltung, Gewohnheiten): _____

- **Sonstige Bemerkungen:**

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend (zutreffendes bitte ankreuzen):

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs(Weglauftendenz)



Anmeldung

2. Verkennen und Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell gefährdenden Substanzen
4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktion (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit ,Verzagtheit ,Hilflosigkeit oder Hoffungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers



Tagespflege
Haus der Frauenhilfe

Anmeldung

Ansprechpartnerinnen der Tagespflege: Für Ihre Unterlagen

Leiterin der Tagespflege:

Monika Muhic-Brose
Ellesdorfer Straße 52
53179 Bonn-Bad Godesberg
Tel.: (0228) 9541510
Fax: (0228) 9541 100
monika.muhic-brose@tagespflege-frauenhilfe.de
www.tagespflege-frauenhilfe.de

Verwaltung:

Bettina Faßbender

Tel.: (0228) 9541260