



Anmeldung

**Gewünschter Beginn des
Tagespflegegastes:**

. .

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

für eine Einzelperson

Beginn

Verhinderungspflege in der Zeit von bis

Verhinderungspflege

Tagespflege

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:
Derzeitiger Aufenthalt:	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Zuhause <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:

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

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:
Wirkungskreis der Betreuung:		



Anmeldung

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:

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 Pflegestufe <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall	
Schnelleinstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einstufung wird demnächst beantragt durch:	
Bescheid der Pflegekasse liegt vor:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Stufe:



Anmeldung

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.

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)
- **Medikamentenplan** (durch den behandelnden Arzt ausgefüllt)
- **Körpergröße und Gewicht des Gastes**
- **Tagespflegevertrag**
- **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**
(Vordruck zum Ausfüllen und Einreichen bei der Pflegversicherung)
- **Antrag auf Leistungen nach § 45 (zusätzliche Betreuungsleistungen)**
(Vordruck zum Ausfüllen und Einreichen bei der Pflegversicherung)
- **Antrag eine Pflegestufe**
(Vordruck zum Ausfüllen und Einreichen bei der Pflegversicherung)

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 Vertreters



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

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

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

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	Washbecken
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							

III. Ausscheidungen

Flüssigkeits- bilanzierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle
Hilfestellung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> Steckbecken



Anmeldung

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"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Harnblasenkatheter	
	CH: gelegt/gewechselt am: _____		
Harn-/Stuhlinkontinenz bisher versorgt mit folgendem Hilfsmittel (Art/Größe):			

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

VIII. Kommunikation

	ohne Ein- schrän- kungen	Einschrän- kungen	Bemerkungen
Sprache			
Sprachver- ständnis			
Gehör			
Sehen			

IX. Schlaf

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

X. Spezielle Aspekte/Pflegemaßnahmen

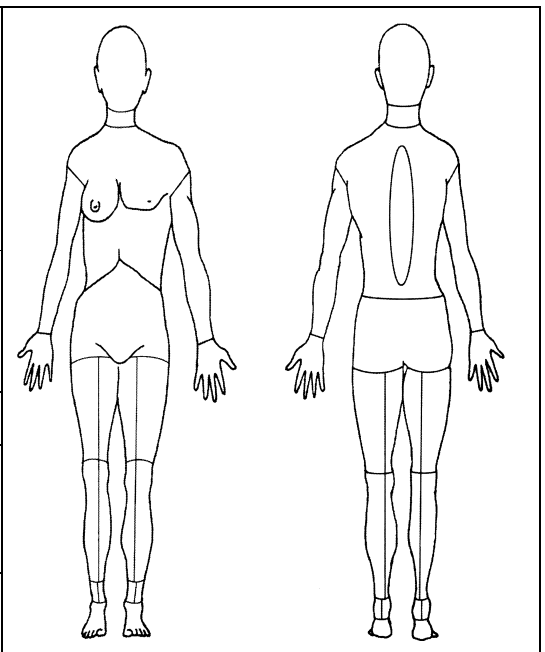
Dekubitus: nein ja (Lokalisation s. Grafik)
 Grad Größe
 Gefahr laut Norton-Skala:

Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.):
 Versorgung: selbstständig mit Hilfe

Pilzinfektion: ja, Lokalisation

Allergien	Ansteckende Krankheiten	Letzte Thorax-Röntgen- Untersuchung:
-----------	----------------------------	---

Bisherige Versorgung:



Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja welche?)

Tbc-frei: ja nein Hepatitis A-B-C-frei: ja nein
 MRSA-frei: ja nein

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): _____

Erstellt am: April 2008	Datei: Biografiebogen	Seiten: 1 von 5
Erstellt von: D. Schreiber-Awan	Geprüft von: D. Schreiber-Awan	
Änderungsstand:	Freigegeben:	



Anmeldung

- **Tagesgestaltung:**

Tägliche Tätigkeiten (Tagesablauf zu Hause): _____

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) _____

Erstellt am: April 2008	Datei: Biografiebogen	Seiten: 2 von 5
Erstellt von: D. Schreiber-Awan	Geprüft von: D. Schreiber-Awan	
Änderungsstand:	Freigegeben:	



Anmeldung

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

Eltern (Name, Beruf): _____

• **Beruflicher Werdegang:**

Welche Schulen hat der Tagespflegegast besucht? _____

Welchen Beruf hat der Tagespflegegast erlernt? _____

Welche Tätigkeiten wurden wann und wo ausgeführt? _____

Erstellt am: April 2008	Datei: Biografiebogen	Seiten: 3 von 5
Erstellt von: D. Schreiber-Awan	Geprüft von: D. Schreiber-Awan	
Änderungsstand:	Freigegeben:	



Anmeldung

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? _____

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:**

Erstellt am: April 2008	Datei: Biografiebogen	Seiten: 3 von 5
Erstellt von: D. Schreiber-Awan	Geprüft von: D. Schreiber-Awan	
Änderungsstand:	Freigegeben:	



Anmeldung

Pflegekasse

Antrag auf Tagespflege im Haus der Frauenhilfe

--

Name, Vorname

Geb.-Datum

--

Anschrift

--

Name und Anschrift der Pflegeperson

Der behandelnde Arzt ist:

--

Name, Anschrift des Hausarztes (Facharztes)

Ich erhalte Pflegeleistungen nach dem SGB XI nein ja, Pflegestufe:

Ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht wegen folgender Erkrankungen:

--

(bitte Diagnosen angeben)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. gesetzlichen Vertreters



Anmeldung

Pflegekasse

Antrag auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45a/b SGB XI

--

Name, Vorname

Geb.-Datum

--

Anschrift

--

Name und Anschrift der Pflegeperson

Der behandelnde Arzt ist

--

Name, Anschrift des Hausarztes(Facharztes)

Ich erhalte Pflegeleistungen nach dem SGB XI nein ja, Pflegestufe:

Ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht wegen folgender Erkrankungen:

--

(bitte Diagnosen angeben)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. gesetzlichen Vertreters



Anmeldung

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)
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



Tagesbetreuung
Drachenfelsblick

Anmeldung

Ansprechpartnerinnen der Tagespflege:

Leiterin der Tagespflege:

Monika Muhic-Brose
Ellesdorfer Straße 52
53179 Bonn-Bad Godesberg
Tel.: (0228) 93194-57
Fax: (0228) 9541 100
monika.muhic-brose@tagespflege-frauenhilfe.de
www.tagespflege-frauenhilfe.de

Verwaltung:

Martina Krause

Tel.: (0228) 93194-30