

Caritasverband Karlsruhe e.V.

Tagespflege im Seniorenzentrum St. Franziskus

Steinhäuserstraße 19b, 76135 Karlsruhe
Tel: 0721 94 34 0 - 500, Fax: 0721 94 34 0 - 510
E-Mail : tagespflege@caritas-karlsruhe.de



Anmeldung zur Tagespflege

Datum:

Tagespflege gewünschte Wochentage

MONTAG DIENSTAG MITTWOCH DONNERSTAG FREITAG

Transfer zur Tagespflegeeinrichtung Gast wird gebracht Hausinterner Fahrdienst

Name, Vorname

Geb.-Name

Geb.-Ort

Geb.-Datum

Familien-Stand ledig verh. verwit. gesch.

Konfession

Wohnadresse Tagesgast

Name/Vor.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Stockwerk

Notfallkontakt/ Angehöriger/ Bevollmächtigt//Betreuer*in

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Stockwerk

Notfallschlüssel hinterlegt nein ja

Angehöriger/ Bevollmächtigt//Betreuer*in

Verwandtschaftsgrad

Name/Vor.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Notfall-Tel.Nr.

Angehöriger/ Bevollmächtigt//Betreuer*in

Verwandtschaftsgrad

Name /Vor.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Notfall-Tel.Nr.

Kranken-/Pflegekasse

Vers.-Nr.

Pflegegrad

keine

1

2

3

4

5

Caritasverband Karlsruhe e.V.

Tagespflege im Seniorenzentrum St. Franziskus

Steinhäuserstraße 19b, 76135 Karlsruhe
Tel: 0721 94 34 0 - 500, Fax: 0721 94 34 0 - 510
E-Mail : tagespflege@caritas-karlsruhe.de



Hausarzt	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/> Neurologe <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Urologe		<input type="text"/>
Facharzt	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Werden Sie von einem ambulanten Dienst betreut? nein ja, welcher?

Name	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Telefax	<input type="text"/>		

Welche Leistungen werden vom ambulanten Pflegedienst erbracht?

Leistungen der Pflegeversicherung SGB XI	<input type="checkbox"/> Körperpflege
Leistungen der Krankenkasse SGB V	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege (Spritzen, Verbände, Medikamente o. a.)

Sind Sie in Behandlung bei

Physiotherapeut / Krankengymnastik

Name

Telefon

Ergotherapeut

Name

Telefon

Bestehen folgende Vorsorgevereinbarungen?

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung gesetzlich Betreuung

Transport

Stockwerk

Lift vorhanden

nein

ja

Läuft Tagesgast Treppen alleine

nein

ja

Zugang zur Wohnung (Schlüssel)

alleine

mit Begleitung



Nehmen Sie ...

- Gerinnungshemmer BTM (Betäubungsmittel)

Haben Sie ...

- Diabetes Insulinpflichtig einen Herzschrittmacher

Allergie gegen bestimmte Medikamente

sonstige Allergien/ Unverträglichkeiten

Besteht eine Einschränkung der Mobilität?

- nein ja, welche Hilfsmittel? Gehstock Rollator Gehbock

Besteht ein Sturzrisiko?

- nein ja

Besteht eine Weglauf-Tendenz?

- nein ja

Liegen Erkrankungen vor? (z.B. Asthma/Epilepsie)

- nein ja

Welche besonderen Pflegemaßnahmen müssen durchgeführt werden?

Bestehen Schmerzen? nein ja, Wo?

Liegen Einschränkungen bei der Ernährung vor? Gibt es Abneigungen?

- Hilfe beim Essen vergisst das Trinken Trinkmenge pro Tag

Liegen Einschränkungen beim Toilettengang vor?

- Begleitung zur Toilette Inkontinenzhilfen

Probetag am

mit Fahrdienst nein ja



Persönliche Angaben

Um unsere Angebote an der Lebensgestaltung unserer Gäste zu orientieren, benötigen wir einige Angaben über Ihre Lebens- Gewohnheiten. Wir bitten Sie, die Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Was wünschen und erhoffen Sie sich von Ihrem Aufenthalt in der Tagespflege?

Welche Lebensgewohnheiten liegen Ihnen besonders am Herzen?

Wie sieht Ihr Tagesablauf zu Hause aus?

Haben Sie besondere Vorlieben und Hobbys?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sport und Bewegung | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Kosmetik |
| <input type="checkbox"/> Spaziergang | <input type="checkbox"/> Ausflüge | <input type="checkbox"/> Erzählen |
| <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Musizieren/ Singen | <input type="checkbox"/> Malen/ Basteln |
| <input type="checkbox"/> Kochen und Backen | <input type="checkbox"/> Malen Basteln | <input type="checkbox"/> Lesen/ Vorlesen |
| <input type="checkbox"/> Handarbeiten | | |



Was sind Ihre Lieblings Speisen?

Was sind Ihre Lieblingsgetränke?

Haben Sie Unverträglichkeiten bei Speisen und/oder Getränken?

Was sind Ihre Gewohnheiten bei der Mittagsruhe?

- Mittagsschlaf Mittagsruhe Uhrzeit: von – bis
- Liegesessel Sofa Bett mit Musik/ Fernsehen

Haben Sie Interesse an der Vermittlung von zusätzlichen Leistungen?

- Physiotherapie Ergotherapie medizinische Fußpflege Friseurbesuch

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben gemachten Angaben zur Bearbeitung meiner Anfrage im EDV-System der Einrichtung gespeichert werden. Sobald ich meine Anfrage zurückziehe oder spätestens nach zwei Jahren werden die Daten gelöscht.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass ich per E-Mail über einen

- freien Platz im Seniorenzentrum/ KurzZeitPfleger Südwest informiert werde
- Veranstaltungen im Seniorenzentrum

Karlsruhe, den

Unterschrift Interessent*in / Betreuer*in