

**Anmeldung zur Tagespflege
im Seniorenzentrum Waldstadt Iserlohn**
Alexanderstr. 1, 58644 Iserlohn

Heimb.-Nr.:

Aufnahme am:

Probetag: nein ja, am:

Name, Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:			
Tel.Nr.:		Familienstand:	Konfession:
Rechnung an:			
Angehörige:			
1. Name:		Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift:			
Tel.Nr.:			
2. Name:		Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift:			
Tel.Nr.:			
Betreuung / Vollmacht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name:			
Anschrift:			
Tel.Nr.:			
Aufgabenkreis: <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge			
Hausarzt:		Tel.Nr.:	
Anschrift:			
Andere Ärzte:			
Patientenverfügung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Krankenkasse:		Versich.Nr.:	
Kostenträger:		Antrag gestellt am:	
Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Pflegestufe:	
Gesundheitszeugnis: Formular bringen am:		vorgelegt am:	
Gesundheitszustand / Diagnosen:			
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> wohnt allein <input type="checkbox"/> mit:			

Versorgung durch Pflegedienst: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Tel.Nr. und Anschrift:
Erbrachte Leistungen durch Pflegedienst: <input type="checkbox"/> Behandlungspflege
<input type="checkbox"/> Grundpflege, wie oft:
Betreuung durch Tagespflege
Gewünschte Betreuungstage:
Fahrdienst durch:
Versorgung am Wochenende durch: <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern
Soll ein Taschengeldkonto angelegt werden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwünscht: <input type="checkbox"/> Baden <input type="checkbox"/> Friseur <input type="checkbox"/> Fußpflege <input type="checkbox"/> sonstiges:
Wer übernimmt die Medikamentenbestellung: <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Pflegedienst
Hilfe erforderlich beim: <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Toilettengang <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> Essen reichen
<input type="checkbox"/> Baden
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehwagen <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> sonstiges:
Orientierungsstörung: <input type="checkbox"/> situativ <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> persönlich
Weglauff Tendenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich
Katheter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien: <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja, gegen:
Kostform:
Eß-/ Trinkgewohnheiten:
Andere Gewohnheiten / Vorlieben / Abneigungen:
Hausbesuch erwünscht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hausbesuch fand statt am:
Datum: Hdz.MA: Hdz. Gast/Betreuung: