

**Anmeldung zur Tagespflege
Seniorenzentrum Waldstadt Iserlohn
Alexanderstrasse 1, 58644 Iserlohn
(Verwaltung)**



Heimbasis-Nr:	
Aufnahmetag:	
Name/ Vorname:	Geburtsort/Datum:
Straße/ Hausnummer:	Familienstand:
PLZ/ Stadt:	Geburtsname:
Telefon:	Konfession:
Mobil:	Beruf:
Betreuungstage: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr	
Fahrdienst <input type="checkbox"/> SWI <input type="checkbox"/> selbstorganisiert	
1. Angehöriger Art der Beziehung:	
Name/ Vorname:	
Straße/ Hausnummer:	
PLZ/ Stadt:	
Tel. Privat:	Mobil:
Tel. Dienstl:	E-mail:
2. Angehöriger Art der Beziehung:	
Name/ Vorname:	
Straße/ Hausnummer:	
PLZ/ Stadt:	
Tel. Privat:	Mobil:
Tel. Dienstl:	E-mail:
3. Angehöriger	
Name/ Vorname:	
Straße/ Hausnummer:	
PLZ/ Stadt:	
Tel. Privat:	Mobil:
Tel. Dienstl:	E-mail:
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> keines	
Name/ Vorname:	
Straße/ Hausnummer:	
PLZ/ Stadt:	
Tel. Privat:	Mobil:
Tel. Dienstl:	
Rechnung an: <input type="checkbox"/> Gast selbst <input type="checkbox"/> alternative Person	
Pflegegrade: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Krankenkasse:	
Versicherungsnummer:	
Sozialhilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zusätzliche Betreuungsleistungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Pflegedienst:	
Straße/ Hausnummer:	
PLZ/ Stadt:	
Tel.:	
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege - wenn ja, was und wie oft?	
<input type="checkbox"/> Grundpflege - wenn ja, was und wie oft?	
Taschengeldkonto: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	Hdz. Mitarbeiter
Unterschrift Gast/ Betreuer/ Bevollmächtigter	

**Anmeldung zur Tagespflege
Seniorenzentrum Waldstadt Iserlohn
Alexanderstrasse1, 58644 Iserlohn
(Pflege)**

Aufnahmetag: Probetag:

Hausarzt: Tel.:

Straße/ Hausnummer: Fax:

PLZ/ Stadt:

Facharzt: Tel.:

Straße/ Hausnummer: Fax:

PLZ/ Stadt:

Facharzt: Tel.:

Straße/ Hausnummer: Fax:

PLZ/ Stadt:

Facharzt: Tel.:

Straße/ Hausnummer: Fax:

PLZ/ Stadt:

Rezeptgebührenbefreiung: ja nein

Versorgung außerhalb der Tagespflege erfolgt durch:

Angehörige Pflegedienst Essen auf Rädern

Versorgung mit Medikamenten außerhalb der Tagespflege durch:

Angehörige Pflegedienst

Wie soll die Medikamentengabe in der Tagespflege erfolgen:

Medikamente werden gestellt mitgegeben:

Nimmt in der Tagespflege keine Medikamente:

TP bestellt u. verwaltet die notwendigen Medikamente selbst:

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Aufnahmesituation

Aktuelles Hauptproblem? Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse? Ziele? Information/ Beratung?

Kommunikationsfähigkeit verbal/ nonverbal? Sinneseinschränkungen? Sprachverständnis?

Orientierung?, Einschätzung Gefahren/ Risiken eigene Fähigkeiten? Hilfsmittel?

Herausforderndes Verhalten? Weglauftendenz ?

Bewegung im Raum? Hilfsmittel? Bewegungseinschränkungen? Selbstständig gehen, stehen,

sitzen, liegen, Transfers, Veränderung der Lage im Bett? Umgang mit Hilfsmitteln?

Pflegerrelevanten Diagnosen? Anforderungen? Wunden? Problematische Vitalzeichen?
 Selbstständige Gesundheitsfürsorge (z.B. Medikamentengabe, Vitalzeichenkontrolle, Arztbesuche?)

Ressourcen Körperpflege? Speisen und Getränke? Ausscheiden? An- und auskleiden? Hilfsmittel?
 Hilfsmittel? Biografische Merkmale?

Selbstständige Teilnahme an Aktivitäten, Beschäftigung? Wichtige biografische Ereignisse?
 Selbstständige Kontaktpflege, soziale Kontakte?

Haushalt (Wäsche, Einkäufe, Reinigung...) Selbstständig? Familie/ Hausnotruf greifbar? Unterstützung?
 Beratungsbedarf?

Risikobereiche									
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Sturz	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Obstipation	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Inkontinenz/Zystitis	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Thrombose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Aspiration	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ernährung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Soor/ Parotitis	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Exikkose/ Hyperhydratation	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Intertrigo	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Kontraktur	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Deprivation	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Beratung

Datum	Hdz. Mitarbeiter	Unterschrift Gast/ Betreuer/ Bevollmächtigter
-------	------------------	-----------------------------------------------