Köln, den

Anfrage, Beratung: ☐ tel. ☐ pers.

Gewünschter Aufnahmetermin:

Datum der Aufnahme:

Fliesteden- und Benderhaus

Gemeinnütziges Sozialwerk der
Evangelischen Clarenbach-Kirchengemeinde
Köln-Braunsfeld GmbH

– Anmeldung zur Tagespflege –

☐ **akut** ☐ **vorsorglich**

Erstkontakt

Name, Vorname: | Verwandtschaftsverhältnis/Bezug zum Gast:

Telefon/Mobil: | E-Mail:

Liegt eine gerichtlich bestellte Betreuung oder Vollmacht vor? ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt

1. Persönliche Daten des Tagesgastes

Name, Vorname: | Geburtsname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort: | Geburtsdatum:

Telefon/Mobil: | E-Mail:

Konfession: | Nationalität: | Familienstand:

Beruf (erlernter):

Derzeitiger Aufenthalt: ☐ zu Hause ☐ Krankenhaus ☐ Reha

Krankenkasse: | Versichertennummer:

Straße, Hausnummer: | Telefon/Mobil:

Sind Sie befreit von Zuzahlungen? ☐ ja ☐ nein

Hausarzt:

Straße, Hausnummer: | Telefon/Mobil:

PLZ, Ort:

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor? ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 | Seit:

Wurde eine eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne von § 45b SGB XI festgestellt? ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt

Die Finanzierung der Kosten erfolgt durch: ☐ Eigenes Einkommen ☐ Pflegekasse

☐ Sozialhilfeträger: ☐ Sonstige:

2. Angehöriger/Betreuer/Ansprechpartner

Name, Vorname:	Verwandtschaftsverhältnis/Bezug:
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	Telefon/Mobil:
Notfallrufnummer:	E-Mail:
Liegt eine Vollmacht vor? ☐ ja ☐ nein	
Haben Sie einen durch das Amtsgericht bestellten Betreuer? ☐ ja ☐ nein	

3. Gesundheitsfragen – Medizinische Informationen

Liegen derzeit ansteckende Krankheiten vor? ☐ ja ☐ nein	
Liegen Allergien vor? ☐ ja ☐ nein	welche:
Liegen Anfallsleiden vor? ☐ ja ☐ nein	welche:
Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich? ☐ ja ☐ nein	welcher Art:
Ist in der Tagespflege Medikamentenversorgung notwendig? ☐ ja ☐ nein	
Besondere Hinweise (z. B. Marcumarpatient, Herzschrittmacher, Diabetes, insulinpflichtig):	
Sind Hilfsmittel bei einem Toilettengang nötig? ☐ ja ☐ nein	welche:
Ist der Tagesgast gehfähig? ☐ Allein ☐ Rollator/Stock ☐ Rollstuhl	
Ist der Tagesgast sturzgefährdet? ☐ ja ☐ nein	
Liegt eine Suchtkrankheit vor? ☐ ja ☐ nein	welche:
Ist eine Hinlauftendenz bekannt? ☐ ja ☐ nein	
Ist der Tagesgast örtlich orientiert? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer	
Ist der Tagesgast zeitlich orientiert? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer	
Ist der Tagesgast situativ orientiert? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer	
Ist der Tagesgast zur Person orientiert? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer	
Ist der Tagesgast in Behandlung bei einem Physiotherapeuten? ☐ ja ☐ nein	
Physiotherapeut:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon/Mobil:	E-Mail:

3. Gesundheitsfragen – Medizinische Informationen (Teil 2)

Ist der Tagesgast in Behandlung bei einem Ergotherapeuten/Sonstiges? ☐ ja ☐ nein

Ergotherapeut/Sonstiges:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon/Mobil: | E-Mail:

Sind besondere Pflegemaßnahmen erforderlich? ☐ ja ☐ nein | welche:

4. Essen & Trinken

Bestehen besondere Vorlieben und/oder Abneigungen? ☐ ja ☐ nein | welche:

Sind besondere Diäten erforderlich (z.B. Reduktionskost)? ☐ ja ☐ nein | welche:

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein | welche:

Ist eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme möglich: ☐ ja ☐ nein ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe

Muss zum Trinken animiert werden? ☐ ja ☐ nein

5. Ergänzende Informationen

An welchen Tagen möchten Sie die Tagespflege besuchen? ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

Möchten Sie unseren Fahrdienst in Anspruch nehmen? ☐ ja ☐ nein ☐ Hin- und Rückfahrt ☐ Nur Hinfahrt ☐ Nur Rückfahrt

Werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut? ☐ ja ☐ nein

Pflegedienst:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon/Mobil: | E-Mail:

6. Rechnungsempfänger für die Abrechnung des Eigenanteils

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon/Mobil: | E-Mail:

Zahlungsart: ☐ Überweisung ☐ SEPA-Basis-Lastschriftmandat

7. Datenschutz

Wir verwenden Ihre Bestandsdaten ausschließlich zur Abwicklung unserer Leistungen. Alle Gästedaten werden unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) von uns gespeichert und verarbeitet.

Weitergabe an Dritte
Wir geben Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Hausadresse und Telefonnummer nicht an Dritte weiter.

Fotodokumentation

☐ Im Fall einer notwendigen Wundversorgung bin ich mit einer Fotodokumentation des Wundgebietes einverstanden.

8. Freiwillige Umfrage

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden? ☐ Internet ☐ Persönliche Empfehlung

☐ Sonstiges:

Notizen zum Beratungsgespräch

Aktuelle Pflegesituation, pflegerelevantes Umfeld, Probleme, Risiken, Gefährdungen, Prophylaxen, Biographie, Wünsche etc.

Angaben zum Gesprächstermin (wird von der Einrichtung ausgefüllt)

Beratungsgespräch am:	Aufnahme-/Vertragsgespräch am:
Interessent meldet sich: ☐ ja ☐ nein	Informationsmaterial gewünscht: ☐ ja ☐ nein ☐ übergeben
Schnupper-Tag am:	(Die Kosten für den Fahrdienst muss der Tagesgast für den Schnupper-Tag selbst tragen)

Angaben zum Tagespflegevertrag

Beginn der Leistung ab:	Vertrag zurück am:	Vertrag ausgehändigt am:

Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller/in:
Ort, Datum:	Unterschrift des Aufzunehmenden: (insofern keine Personengleichheit besteht)