

- Bitte mit der Platzanfrage vor Aufnahme einreichen -

Name: _____

Vorname: _____

Gesundheit:

Schmerzen? nein () ja () Wo? _____

seit wann? _____

Allergien? nein () ja () Welche? _____

Herzschrittmacher? nein () ja ()

Schwindel? nein () ja () Wann? _____

Diabetes? nein () ja () Insulinpflichtig? nein () ja ()

Einnahme von
 Blutverdünner? nein () ja ()

Bewegungseinschränkung
 (Beweglichkeit d. Gelenke)? nein () ja () Welche? _____

Mittagsschlaf? nein () ja ()

Treppensteigen? nein () ja ()
 (1 Etage hoch und wieder unter) alleine () mit Unterstützung ()

Schlafstörungen? nein () ja () Welcher Art? _____

Ängste? nein () ja () Welche? _____

Stürze (letztes Jahr)? nein () ja () Grund? _____

Hinlauftendenz? nein () ja ()

Größe bekannt? nein () ja () _____cm

Gewicht bekannt? nein () ja () _____kg

Wunden vorhanden? nein () ja () Wo? _____

Physiotherapie? nein () ja () ___ x pro Woche

Ergotherapie? nein () ja () ___ x pro Woche

Logopädie? nein () ja () ___ x pro Woche

Sonstiges? _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Tagespflege Geschäftsführung	Nadine Hummitzsch- Nüsse	4	16.06.2023	Seite 1 von 4

Hilfsmittel

- Brille? nein () ja () weitsichtig () kurzsichtig ()
- Zahnprothesen? nein () ja () oben () unten ()
- Hörgeräte? nein () ja () rechts () links ()
- Gehhilfen? nein () ja () Welche? _____
- Rollstuhl? nein () ja ()
- Kompressions-
 Strümpfe? nein () ja ()
- Prothesen? nein () ja () Wo? _____
- Sonstiges? _____

Hilfebedarf (Welche Hilfe/Unterstützung braucht der Gast?)

***Nahrungsaufnahme
 und Trinkverhalten:***

- () Nahrung muss mundgerecht zubereitet werden.
 () Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
 Welche? _____
- () vermindertes Durstgefühl.
 Trinkmenge tgl. ca. _____ ml
- () Hilfe beim Trinken
 Welche? _____
 Bevorzugte Getränke _____
 Lieblingssessen: _____
 Abneigungen: _____

Pflege:

- () Hilfe/Unterstützung beim WC-Gang
 Welche? _____
 Besonderheiten? _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Tagespflege Geschäftsführung	Nadine Hummitzsch- Nüsse	4	16.06.2023	Seite 2 von 4



C Kundenbezogene Führungsprozesse

1.6.2 Informationen zum Gast

KAPITEL II

Kundenbezogene Führungsprozesse

Inkontinenzmaterial: () Sliepeinlage () Binden () Kl. Vorlage

() Gr. Vorlage () Windelhose () Pants

() Hilfe bei der Körperpflege

Welche? _____

() Hilfe beim An- und Auskleiden

Welche? _____

Sonstiger Unterstützungsbedarf: _____

Besonderheiten: _____

Wer versorgt/ unterstützt zu Hause? _____

Bevorzugte Pflegekraft : () weiblich () männlich () egal

Medikamenteneinnahme: in der Tagespflege: () nein () ja

wenn ja, () selbständig () Erinnerung
() darreichen (bereitstellen)
() verabreichen

Wer stellt die Medikamente zu Hause? _____

Wie oft gehen Sie zum Arzt? _____

Nennenswerte Besonderheiten!

Gewohnheiten: _____

Wie können Sie am besten entspannen? _____

Hobbys (früher): _____

Hobbys (heute): _____

Besondere biografische Ereignisse: _____

Wer darf Besuchstage absagen? _____

Was erwarten Sie von der Tagespflegeeinrichtung?

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Tagespflege Geschäftsführung	Nadine Hummitzsch- Nüsse	4	16.06.2023	Seite 3 von 4



**C Kundenbezogene
Führungsprozesse**

1.6.2 Informationen zum Gast

KAPITEL II

**Kundenbezogene
Führungsprozesse**

Wie sind sie auf unsere Einrichtung gekommen?

Interesse an folgende Aktivitäten

- Gedächtnistraining Gymnastik/ Spaziergänge
- Gesellschaftsspiele Basteln/Handarbeit
- Kochen/Hauswirtschaft Garten
- Singen/ Musik

was wird evtl. gewünscht? _____

Leistungen anderen Dienstleister in der Tagespflege

Fußpflege findet alle 6 Wochen durch eine externe Fußpflegerin statt. Kosten 30,- Euro.

Haben Sie Interesse? nein ja

Externe Physio- und Ergotherapeuten kommen auf Wunsch ins Haus. Selbstzahler oder mit ärztlichem Rezept. Wir stellen gerne den Kontakt her.

Haben sie Interesse? nein ja

Hinweise und Checkliste in Anlage erhalten!

Ort, Datum **Unterschrift:**

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Tagespflege Geschäftsführung	Nadine Hummitzsch- Nüsse	4	16.06.2023	Seite 4 von 4