

Aufnahmebogen der Martha-Ida Tagespflege

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig in Druckbuchstaben aus und bringen Sie ihn zum Gesprächstermin mit, bzw. senden ihn vorab per eMail an uns.

Sehr geehrte Gäste, wer te Angehörige,

für die Patientendokumentation benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Nachname: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____

Körpergröße: _____

Wohnort: _____

Gewicht: _____

Straße: _____

Telefonnummer: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Familienangehörige/Ansprechpartner/Betreuer: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Adresse, wenn abweichend von oben: _____

Patientenverfügung: ☐ ja ☐ nein

Versichertennummer: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ambulanter Pflegedienst: ☐ ja ☐ nein

Name des PD: _____

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit wann: _____

Erkrankungen / Operationen: _____

Harninkontinenz: ☐ ja ☐ nein
Stuhlinkontinenz: ☐ ja ☐ nein
Einlagen: ☐ ja ☐ nein
Pants: ☐ ja ☐ nein
Dauerkatheter: ☐ ja ☐ nein
Herzschrittmacher: ☐ ja ☐ nein
Diabetiker: ☐ ja ☐ nein
Insulinpflichtig: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welches: _____
Tabletten: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche: _____
Covid19-Impfung: ☐ ja ☐ nein wenn ja, wann: _____
Diät: ☐ ja ☐ nein

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Benötigte Hilfsmittel: ☐ Brille ☐ Zahnprothese ☐ Hörgerät
☐ Rollstuhl ☐ Gehstock ☐ Rollator
Körperprothesen: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche: _____

Kostform: _____

Ess- und Trinkgewohnheiten,
z.B. zum Frühstück, Kaffee schwarz/gesüßt/kein Tee usw.

☐ ja ☐ nein

wenn ja, wo:



Haben Sie Wünsche oder Hinweise für den Aufenthalt in der Tagespflege:

Medikamente

Hinweis: Wenn Medikamente in der Tagespflege eingenommen werden sollen, gebe Sie diese bei jedem Besuch mit.

[illegible]