



EGZB

# Aufnahmeformular Tagespflege

Vorname, Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Pflegestufe \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Angehörige \_\_\_\_\_

(Vorname, Name, Telefon, Anschrift)

Gesetzlicher Betreuer:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Telefon, Anschrift, Betreuungsbereich)

Hausarzt/Facharzt \_\_\_\_\_

Ambulante Pflege \_\_\_\_\_

**Schnuppertag** \_\_\_\_\_ **Abholzeit** \_\_\_\_\_ **Rückfahrzeit** \_\_\_\_\_

Die Angehörigen möchten bitte am ersten Besuchstag ab 16.00 Uhr zu Hause sein.

Aufnahmeformular nach erfolgtem Schnuppertag an die Koordination faxen.

**Betreuungskriterien** (Gewohnheiten, Ruhezeiten, Mobilität, Pflege, Med.-/Ärztliche Verordnung, IKM, Rollstuhl etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teilnahme an  Musiktherapie  Gartentherapie (kostenpflichtig)  PT  
 Ergo  Logo  Frisör  Fußpflege

Mittagessen M \_\_\_\_\_

(Angebotswünsche in der Tagespflege)

**Bitte Vertrag erstellen, Vertragsbeginn:** \_\_\_\_\_

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bearbeiter	Freigabe	Datum	Seite	Prüfung
QB TP	HL/ PDL	27.04.2011	1 von 1	04/2013
Ordner Pflege/ Formulare		Aufnahme Tagespflege		