

Evangelische Stadtmission
Freiburg e.V. **Tagespflege** im
Seniorenpflegeheim Haus Siloah
Wichernweg 2
79189 Bad Krozingen
Tel: 07633-10060
Fax: 07633-100622

Pflegegrade:
1 (Antrag abgelehnt)
2
3
4
5
Einstufung beantragt am:

Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung und Aufnahme zur Tagespflege

1. Name: Vorname: Geburtsdatum:

2. Hauptdiagnose(n):

Liegt eine psychische Störung/
Erkrankung vor? nein ja wenn ja, welche? _____

Besteht eine Suchtkrankheit? Alkohol Nikotin (Raucher)
Sonstiges _____

Bestehen ansteckende Krankheiten? nein ja wenn ja welche? _____

Sind Allergien bekannt? nein ja wenn ja, welche? _____

Liegt eine Diabetes vor? nein ja Insulinpflichtig? nein ja
3. Liegen körperliche Behinderungen vor? nein ja wenn ja, welcher Art? _____

Werden Hilfsmittel benötigt? nein ja wenn ja, welcher Art? _____

4. Ist der/die Patient/in schwerhörig? nein leicht schwer
5. Ist der/die Patient/in sehbehindert? nein leicht schwer
6. Liegt eine Sprachstörung vor? nein leicht schwer

7. Liegen Einschränkungen des Orientierungsvermögens vor?

	vorhanden	fehlt zeitweise	fehlt dauernd
zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung in der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weg-/Hinlaufgefährdung ja nein

8. a) Liegt eine Harninkontinenz vor? nein zeitweise dauernd
- b) Liegt eine Stuhlinkontinenz vor? nein zeitweise dauernd

9. Ist der/die Patient/in auf Hilfe angewiesen?

Gehen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>
Stehen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>
Essen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>
Aufstehen/zu Bett gehen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>
Anziehen/Ausziehen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>
Waschen	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	nein <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	dauernd <input type="checkbox"/>

10. Ernährung

Ist Schonkost, Sonderkost oder eine Diät erforderlich? nein ja

Welcher Art? _____

Die Aufnahme zur Tagespflege ist mit dem/der Patienten/in besprochen.

Der/die Patient/in ist einverstanden nicht einverstanden Verständigung nicht möglich

Sind freiheitseinschränkende / freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich? ja nein

Die Aufnahme in eine Tagespflegeeinrichtung ist aus ärztlicher Sicht wünschenswert ja nein

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Erklärung des/der Patienten/in: Ich erkläre mich mit der Weitergabe der ärztlichen Angaben an die von mir gewünschte Tagespflegeeinrichtung einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____