

Schnuppertag Tagespflege Seniorenzentrum „Rheindorf“

<u>Angaben Tagespflegegast</u>	<u>Angaben Angehörige</u>
Name: _____ Vorname: _____	Name: _____ Vorname: _____
Geb.: _____ Pflegegrad: _____	Verwandtschaftsgrad: _____
PLZ/Wohnort: _____	PLZ/Wohnort: _____
Straße: _____	Straße: _____
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____

Besteht ein Anfallsleiden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen offene Wunden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?
Sind Allergien bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?:
Besteht ein Diabetes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Einnahmepflicht von Medikamenten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welches?
Bestehen ansteckende Krankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?
Gibt es harnableitende Systeme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden Hilfsmittel benötigt? (z. B. Hörgerät, Gehstock, Rollator, Rollstuhl) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?
Werden Hilfsmittel benötigt? (z. B. Hörgerät, Gehstock, Rollator, Rollstuhl) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?
Besteht eine Inkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Sturzrisiko? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es eine Abneigung bestimmter Speisen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?:
Sonstiges:

Datum/Unterschrift des Tagespflegeplatzbewerbers

Die Datenschutzerklärung wurden mir ausgehändigt und habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum/Unterschrift des Tagespflegeplatzbewerbers