| AWO Seniorenpark<br>St. Laurentius<br>Dr. Karl-Kötzner Str. 1<br>94339 Leiblfing | **Kundenanfrage Tagespflege** | |
|---|---|---|
| | | |

Mit diesem Formular können Sie eine unverbindliche Anfrage für einen Tagespflegeplatz stellen. Die Vergabe der verfügbaren Plätze erfolgt individuell und nach Kapazität.
**Bitte beachten Sie, dass wir derzeit keine Gäste im Rollstuhl transportieren können.**

Name _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift _____

Kontaktperson _____

Telefon / E - Mail _____

Zeitpunkt der Aufnahme _____

Pflegegrad 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

**Gewünschte Pflegetage:**

Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐

Benötigen Sie einen Fahrdienst? Ja ☐ Nein ☐ Entfernung in km_____

**Wir bieten aktuell den Ganztag von 08:30 Uhr- 16:00 Uhr an**

## Körperlicher Zustand:

**1. Kommunikation**
o keine Störungen
o eingeschränkte Kommunikation
Welcher Art: _____
_____

**2. Sehen /Hören**
o keine Einschränkung / oder Brille vorhanden
o Blind

**3. Mobilität**
o keine Einschränkung
o Einschränkung / Welcher Art? _____
o Rollstuhl ☐ Rollator ☐

**4. Sich Pflegen**
o Selbständig
o benötigt Hilfe / Welche? _____
_____

**5. Sich Kleiden**
o Selbständig
o benötigt Hilfe / Welche? _____
_____

**6. Essen und Trinken** (bitte anstreichen/ankreuzen)
o Selbständig / teilweise selbständig / unselbständig
o Mahlzeiten vorbereiten/mundgerechte Vorbereitung/Fleisch schneiden etc.
o Trinkmengenbeschränkung

**7. Ausscheidung**
o Selbständig
o Inkontinenz o Urin o Stuhlgang
o Inkontinenzmaterial pro Tag: ☐ 1-2 Stück ☐ 3-4 Stück ☐ 5-6 Stück ☐ mehr als 6 Stück

**8. Ruhen und Schlafen**
o Schlafstörungen o Einschlafstörung o Durchschlafstörung
o Veränderter Tag/Nachtrhythmus _____

**9. Medikamente**
o Selbständig
o Unselbstständig

**10. Infektionskrankheiten**
Wenn JA, Welche? _____

**11. Sauerstoffgabe**
o kontinuierliche Gabe von Sauerstoff nötig / Grund: _____
Mobiles Gerät ja ☐ nein

**12. Orientierung**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Örtlich orientiert | ja ☐ | nein ☐ | gelegentlich ☐ |
| Zeitlich orientiert | ja ☐ | nein ☐ | gelegentlich ☐ |
| Situativ orientiert | ja ☐ | nein ☐ | gelegentlich ☐ |
| Motorische Unruhe | ja ☐ | nein ☐ | gelegentlich ☐ |
| Weglaufgefährdet | ja ☐ | nein ☐ | |
| Suizidgefahr | ja ☐ | nein ☐ | |
| Demenz | ja ☐ | nein ☐ | |
| Suchterkrankung | ja ☐ | nein ☐ | |
| Selbstgefährdend | ja ☐ | nein ☐ | |
| Fremdgefährdend | ja ☐ | nein ☐ | |

**Herausforderndes Verhalten (z. B. verbale oder körperliche Aggression) bekannt?**
☐ Ja ☐ Nein

| AWO Seniorenpark<br>St. Laurentius<br>Dr. Karl-Kötzner Str. 1<br>94339 Leiblfing | **Kundenanfrage Tagespflege** | |
|---|---|---|
| | | |

**Diagnosen:**

_____
_____
_____
_____
_____
_____

**Medikamente:**

_____
_____
_____
_____
_____
_____

**Hausarzt:** _____

Anfragen die nicht vollständig ausgefüllt sind, können nicht berücksichtigt werden.

Datum _____ Unterschrift_____