



# Anmeldung zur Tagespflege

Seniorencentrum der Stadtgemeinde Reutte

Haus zum Guten Hirten

Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte

T: +43 5672 72302 E: seniorencentrum@reutte.at

## Angaben zur Person:

Familienname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Hausnr./Tür:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
SVNr.:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	Geburtsname:	<input type="text"/>
Personenstand:	<input type="text"/>	Staatsangh.:	<input type="text"/>
Telefonnr.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Pflegegeldbezug:	<input type="checkbox"/> aus Österreich	Stufe:	<input type="text"/>
		seit:	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> noch keine <input type="checkbox"/> beantragt
Besteht eine ärztlich diagnostizierte Demenz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Besteht eine Erwachsenenvertretung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Besteht eine Vorsorgevollmacht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, aktiv	<input type="checkbox"/> Ja, aber nicht aktiv

## Erste Kontaktperson:

ist Erwachsenenvertreter/in bzw. Vorsorgebevollmächtigte/r  Ja

Familienname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Hnr./Tür:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>

## Zweite Kontaktperson:

ist Erwachsenenvertreter/in bzw. Vorsorgebevollmächtigte/r  Ja

Familienname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>



# Anmeldung zur Tagespflege

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte

Haus zum Guten Hirten

Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte

T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

## Gewünschte Tage:

### Vormittags

08:00 – 12:30

- Montag:  Vormittags  
Dienstag:  Vormittags  
Mittwoch:  Vormittags  
Donnerstag:  Vormittags  
Freitag:  Vormittags

### Nachmittags

12:30 – 17:00

- Nachmittags  
 Nachmittags  
 Nachmittags  
 Nachmittags  
 Nachmittags

### Ganztags

08:00 – 17:00

- Ganztags  
 Ganztags  
 Ganztags  
 Ganztags  
 Ganztags

## Fahrservice:

Wird der Fahrservice gewünscht?  Nein  Ja

Wenn Ja, an welchen Tagen? Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag

Wird ein Transport im Rollstuhl benötigt?  Nein  Ja

**Unterschrift** des Antragstellers oder dessen gesetzlichen Vertreters:

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wichtig: Bitte legen Sie dieser Anmeldung den ausgefüllten **pflegerischen Fragebogen** bei!



# Pflegerischer Fragebogen

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte

Haus zum Guten Hirten

Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte

T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

Zur bestmöglichen Vorbereitung und um die bestmögliche Betreuung anbieten zu können bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Falls vorhanden, legen Sie gerne aktuelle und relevante pflegerische Entlassungsbriefe oder Berichte von mobilen Dienstleistungen bei. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## Angaben zur Person:

Familienname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
SVR Nr.:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
		Pflegestufe:	<input type="text"/>

## Allgemeine Informationen:

	Ja	Teilweise	Nein	Bemerkung
Örtlich desorientiert (weiß nicht, wo er/sie ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Zeitlich desorientiert (weiß Datum, Tageszeit nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Situativ desorientiert (versteh die aktuelle Situation nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Zur eigenen Person desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Selbstgefährdung (bringt sich selbst in Gefahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fremdgefährdung (bringt andere in Gefahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sturzgeschehen in der Vergangenheit bekannt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rastlos (unruhige Bewegungen , zielloses Herumlaufen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Weglaufftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gedächtnisprobleme im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
verwechselt Tag und Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schlafstörungen (nächtliche Unruhe, kein Durchschlafen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sprachstörung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hörbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sehbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



# Pflegerischer Fragebogen

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte

Haus zum Guten Hirten

Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte

T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

## Essen und Trinken:

Einnahme selbständig ohne Unterstützung?

Nein

Ja

wenn Nein, welche Unterstützung ist notwendig?

benötigt wiederholte Anleitung zum Essen und Trinken

Mahlzeiten benötigen mundgerechte Vorbereitung

Eingabe von Essen erforderlich

Weitere Hinweise:

Aspirationsgefahr (=Verschluckungsgefahr)

benötigt passierte Kost

Medikamente müssen gemörsert werden

wird über die Sondennahrung ernährt

Flüssigkeiten müssen eingedickt werden

wenn Ja, welche?

Sonstiges:

Lebensmittelunverträglichkeiten, -allergien, -intolleranzen, Lieblings Speisen/Abneigungen:

  
  

## Körperpflege:

Körperpflege selbständig ohne Unterstützung?

Nein

Ja

wenn Nein, welche Unterstützung ist notwendig?

benötigt Anleitung bei:

Körperpflege\*

Duschen

benötigt Unterstützung bei:

Körperpflege\*

Duschen

vollständige Übernahme der Körperpflege/Duschen

\* Körperpflege = Teilwaschung am Waschbecken/Bett, Hautpflege, Mundpflege, etc.



# Pflegerischer Fragebogen

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte

Haus zum Guten Hirten

Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte

T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

## An- und Auskleiden:

An- und Auskleiden selbständig ohne Unterstützung?

Nein

Ja

wenn Nein, welche Unterstützung ist notwendig?

benötigt Anleitung zum An- und Auskleiden

benötigt Unterstützung beim An- und Auskleiden

vollständige Übernahme des An- und Auskleidens

## Ausscheidung:

Werden Einlagen benötigt?

Nein

Ja

wenn Ja, welche?

Tagsüber:

Nachts:

Bemerkungen:

Harnausscheidung unauffällig?

Nein

Ja

wenn Nein, welche Auffälligkeiten gibt es?

Hilfsmittel notwendig:

Toilettenstuhl

Harnflasche

Toilettensitzerhöhung

Sonstiges:

Inkontinenz

Dauerkatheter

Suprapubischer Katheter

Kondomurinal

Urostoma

Stuhlausscheidung unauffällig?

Nein

Ja

wenn Nein, welche Auffälligkeiten gibt es?

Hilfsmittel notwendig:

Toilettenstuhl

Toilettensitzerhöhung

Inkontinenz

Stoma



# Pflegerischer Fragebogen

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte

Haus zum Guten Hirten

Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte

T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

## Mobilität:

mobil ohne Hilfsmittel

mobil mit Hilfsmittel:  Rollator  Gehbock  Sonstiges:

mobil nur mit Rollstuhl

Immobilität (Transfer in den Rollstuhl ist nicht möglich)

## Suchtkrankheiten und Abhängigkeiten:

Alkohol  Nein  Ja  in Alkoholabstinenz

Zigaretten  Nein  Ja

Medikamentenmissbrauch  Nein  Ja

wenn Ja, welche Medikamente?

Sonstiges:

## Sonstiges, weitere wichtige Informationen:

  
  
  
  

## Unterschrift und Name der pflegenden Person:

Familienname:

Vorname:

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift