

Anmeldung zum kostenlosen Schnupperbesuch

am _____ von ca. _____ Uhr bis ca. _____ Uhr

Name: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Um den Tag für unseren Gast möglichst angenehm gestalten und seinen Erwartungen sowie körperlichen und seelischen Bedürfnissen entsprechen zu können, bitten wir sie Medikamente und falls notwendig Insulin, BZ – Messgerät ,erforderliche Hilfsmittel und Gehhilfen mitzubringen.

Außerdem bitten wir sie um folgende Informationen:

Bezugsperson 1: _____ Tel. Nr.: _____
 Bezugsperson 2: _____ Tel. Nr.: _____
 behandelnder Arzt: _____ Tel. Nr.: _____

<i>Frage</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Erläuterung</i>
Diabetes			Diät Medikamentös Insulin
Allergien			
Körperliche Behinderungen			
Bluthochdruck			
Herzerkrankungen			
Nieren- und Blasenerkrankungen			
Weitere körperliche Erkrankungen			
Demenz			
Depression			
Weitere seelische Erkrankungen			
Hilfe bei Toilettengang			
Sonstige Hilfestellungen erforderlich?			
Prothesen			Zähne oben/unten – Bein -
Medikamente			
Hilfsmittel			Brille-Hörgerät-Gehhilfe-Rollstuhl.....
Pflegestufe			0 - I - II - III
Zusätzliche Betreuungsleistungen			100 Euro 200 Euro
Gesetzliche Betreuung			

Ergänzungen / Bemerkungen:

Ort / Datum / Unterschrift: _____