

# GDA Pflegehotel Anmelde-Fragebogen

## Aufenthaltszeitraum

von/bis \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtstag/ -ort \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Pflegestufe \_\_\_\_\_

## Angehörige/ Kontaktperson

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

## Amtlicher Betreuer/ Bevollmächtigter

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Vollmacht  General  Vorsorge  Bank

Betreuung ist beantragt \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

## Rezeptgebühr

Nicht befreit  Auf Dauer befreit  Befreit bis

## Sonstiges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ihre Gesundheit

### Sind Sie

- Gefähig  ja  nein  Rollator-Fahrer  Rollstuhl-Fahrer  
auf Hilfe beim Treppensteigen angewiesen  ja  nein
- Bettlägerig  ja  nein  überwiegend  zeitweise  
Stuhlinkontinent  ja  nein  überwiegend  zeitweise  
Harninkontinent  ja  nein  überwiegend  zeitweise  
Örtlich orientiert  ja  nein  überwiegend  zeitweise  
Zeitlich orientiert  ja  nein  überwiegend  zeitweise  
Nachts ruhig  ja  nein  überwiegend  zeitweise

### Benötigen

#### Sie Hilfe beim

- Essen  Waschen  Ankleiden  Rasieren/Frisieren  
 Aufstehen aus dem Bett  Lagern zur Nachtruhe  
 Benutzen der Toilette \_\_\_\_\_

### Gibt es

- körperliche Einschränkungen  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_  
ansteckende Krankheit  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

#### Welche?

- ja  nein
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Benötigen Sie Hilfe bei der Einnahme  ja  nein

### Hinweise zur Ernährung (Diät, Allergien)

### Weitere Hinweise

## Ihr Umfeld

### Wohnverhältnis

(allein, mit Kindern, mit Enkel, Betreutes Wohnen ...) \_\_\_\_\_

### Tagesablauf

(Aufstehen, Schlafenszeit, Mittagsschlaf, ...) \_\_\_\_\_

### Liebingsbeschäftigungen (z. B. Zeitung lesen, Fernsehsendungen ...)

### Hobbies

### Was Sie uns sonst noch mitteilen möchten

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_