Quirlsberg
Pflege & Wohnen

# Anmeldung für einen Schnuppertag in der Tagespflege

**Name, Vorname:**_____ **Pflegegrad:**_____

**Adresse:** _____ **Tel.:** _____

**Geburtsdatum:** _____

**Kontaktdaten der/s Angehörigen**

**Handynummer der/s anrufenden Angehörigen:** _____

**Wann können wir Sie am besten telefonisch erreichen?** _____

**E-Mail:** _____

**Was sollten die Mitarbeiterinnen der Tagespflege wissen?**

❒ Rollstuhl-FahrerIn ❒ Rollator-GeherIn ❒ sturzgefährdet ❒ Herzschrittmacher

❒ insulinpflichtig/ ❒ DiabetikerIn ❒ RaucherIn ❒ Allergien _____

❒ Krampfleiden/ Epilepsie ❒ Unruhe/ Laufdrang ❒ Anti-Koagulantium _____

gegen Covid19 geimpft? ❒ nein ❒ ja Corona-Infektion ❒ ja, wann? _____

❒ wissenswerte Diagnosen, Interessen und Sonstiges:

_____

**Wenn der Schnuppertag erfolgreich war, welche Wochentage sind dauerhaft erwünscht?**

Gast möchte ❒ montags ❒ dienstags ❒ mittwochs ❒ donnerstags ❒ freitags kommen

Gast benötigt einen Fahrdienst für ❒ Hinfahrt ❒ Rückfahrt ❒ keinen Fahrdienst

**Transport am Schnuppertag:**

❒ Hin- und Rückfahrt mit Taxi (Organisation und Bezahlung durch Gast/Angehörige)

❒ Hin- und Rückfahrt mit Fahrdienst (Organisation und Bezahlung durch Gast/Angehörige)

❒ wird von:_____ gebracht und abgeholt

**Ansprechpartner während des Schnuppertages:** _____

Telefon:_____

**Wird vom Personal ausgefüllt:**

❒ Medikamentenplan ❒ Impfausweis ❒ benötigte Medikamente/ Bedarfsmedikamente

❒ benötigtes Inkontinenzmaterial/ Wäsche zum Wechseln

❒ bei RaucherInnen: ausreichend Zigaretten und Feuerzeug