

**Caritas Biberach-Saulgau**  
**Kath. Sozialstation Biberach, Diakonie-Sozialstation Biberach**  
**Freizeit für Pflegebedürftige und Angehörige in Leutkirch**  
**im Jahr 2019**

**Verbindliche Anmeldung**  
für die **Freizeit vom Fr. 26.04. – So. 05.05.2019**

**Name des zu Pflegenden/ Gastes:**

.....  
Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Konfession: .....

Tel. mit Vorwahl: ..... Erreichbarkeit: .....

Wenn bereits Einsatz von Sozialstation, welcher: .....

Hausarzt:

Name:.....Adresse:.....Tel.:.....

Pflege-/Krankenkasse: .....

Pflegestufe: ..... seit: .....

**Name des pflegenden Angehörigen / Gastes:**.....

Adresse: .....

Geb.- Datum: .....

Krankenkasse: .....

Weitere Bezugsperson: .....

Unterkunft: Einzelzimmer, soweit vorhanden, gewünscht: ja: 0 nein: 0  
(Kosten unterschiedlich)

Anfahrt: Selbst: ja: 0 nein: 0 Rollstuhltransport ja: 0 nein: 0

Rückfahrt: Selbst: ja: 0 nein: 0 Rollstuhltransport ja: 0 nein: 0

(Fahrkosten werden in Rechnung gestellt)

Pflegehilfsmittel – Transport: welche: .....

Datum: ..... Ort: .....

**Unterschrift(en):** Pflegebedürftiger/ Gast:.....

Angehöriger: .....

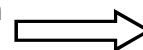
**Zusage erfolgt durch die Veranstalter. Wenn Sie absagen müssen, erheben wir eine Ausfallgebühr.**

**Diese Anmeldung senden oder abgeben**

**bis spätestens zum 1. März 2019**

**an Caritas Biberach-Saulgau, Herr Rupp, Kolpingstr. 43, 88400 Biberach**  
**oder, Frau Ege, Diakonie-Sozialstation Biberach, Wielandstr. 24; 88400 Biberach**

Tel. 07351-5005-122 – Caritas / 07351 / 1502-30 Diakonie-Sozialstation



Bitte die weiteren 4 Seiten beachten!!!

Seite 2

Patientenbericht 1

**Patientenbericht**

**Name:**

**geb.:**

**Selbst ausfüllen oder von Schwester/Pfleger ausfüllen lassen:**

**Kommunikation:** 0 ohne Probleme möglich 0 mit Einschränkung  
0 Sehstörung 0 Schwerhörigkeit 0 Sprachstörung 0 Sehhilfe  
0 Hörgerät

**Psychische Besonderheit / Stimmung:**  
.....

**Orientierung:** zeitlich: ja 0 nein 0 örtlich: ja 0 nein 0  
zur Person: ja 0 nein 0

**Essen und Trinken:** 0 selbständig 0 benötigt Hilfe  
0 Schluckstörungen 0 Zahnprothese 0 spezielle Hilfsmittel: .....  
Letzte Kostform: ..... Diät: .....  
Ernährungssonde: .....

**Ausscheidung:**

Stuhl: 0 kontinent 0 teilweise inkontinent 0 inkontinent  
Hilfsmittel: .....

Urin: 0 kontinent 0 teilweise inkontinent 0 inkontinent  
Hilfsmittel: .....  
Dauerkatheter: .....

**Toilette:**

0 unabhängig bei Benutzung der Toilette  
0 benutzt Nachtstuhl selbständig  
0 benötigt Hilfe  
0 kann nicht auf Toilette  
0 kann nicht auf Nachtstuhl

**Bewegung:**

Fortbewegung: 0 unabhängig (auch mit Hilfsmittel)  
0 mit Hilfspersonen  
0 kann nicht gehen Hilfsmittel: .....

**Treppensteigen:** 0 unabhängig 0 mit Hilfspersonen 0 nicht möglich

**Bett-Stuhl-Transfer:** 0 unabhängig (auch mit Hilfsmittel)

0 mit Hilfsperson  
0 bettlägrig

**Waschen/tägl. Körperpflege:** 0 unabhängig 0 teilweise selbständig  
0 ganz hilfebedürftig 0 im Bett 0 am Waschbecken  
Hilfe besonders erforderlich bei: .....

**Baden/Duschen:** 0 unabhängig 0 mit Hilfe Hilfsmittel: .....

**Ankleiden:** 0 unabhängig (inkl. Schuhe) 0 teilweise selbständig  
0 ganz hilfebedürftig  
Hilfe erforderlich bei: .....

**Bett:** 0 Normalbett 0 Pflegebett 0 mit Schutzgitter 0 mit „Bettgalgen“

**Lagerung:**  
.....

**Hautdefekte:** ( Art/Lokalisation/Wundversorgung):  
.....

**Soziale Belange / Versorgung:**

**Sozialstation im Einsatz:** 0 ja 0 nein seit wann: .....  
Anderer Pflegedienst: .....

**Ergänzende Hilfen:** .....

**Teilnahme an Gruppe Pflegender Angehöriger:** 0 ja 0 nein

**Bereits Teilnahme an Tagespflege** 0 ja 0 nein **Nachtpflege** 0 ja 0 nein  
**Kurzzeitpflege:** 0 ja 0 nein

**Biographisches:**

(z.B.: wo geboren, Schule, Kinder, Heirat, Beruf/e, Verwandte, Feste, Haus )

---

---

---

---

**(Ehemalige) Hobbies:**

---

---

**Wünsche des pflegenden Angehörigen für die Freizeit:**

---

---

**Bemerkungen:**

---

---

**Aufgenommen am:**

---

**zugegen:**

---

**Unterschrift:**

---

**Datum:**

---

Pflegezeit 2019

Pflegezeit in Leutkirch (Verhinderungspflege)

<h1>Arztbericht</h1>
----------------------

über Patient(in) : \_\_\_\_\_

Diagnose/n: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

**Behandlungsmaßnahmen:**

z.B.: Medikation, Injektion, Blutzuckerkontrolle, Verbandswechsel, Dekubitusbehandlung usw.

Beachte: Während der Freizeit werden vom Arzt nach §37 SGB V verordnete Behandlungspflege-Maßnahmen weitergeführt und vor Ort durch Fachpersonal erbracht.

**Hierzu ist eine Verordnung häuslicher Krankenpflege erforderlich!**

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

Allergien: \_\_\_\_\_

**Arztstempel / Unterschrift:**  
\_\_\_\_\_

**Datum:**  
\_\_\_\_\_