



**Basisfragebogen** - Bitte per Post zurück senden an die Schön Klinik Tagesklinik für Demenz, Leopoldstraße 157, 80804 München

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer(n):

Versichert bei / Krankenkasse:

---

Hausarzt:

Nervenarzt / Neurologe:

Adresse/Tel:

Adresse/Tel:

Bitte vorhandene Berichte der Ärzte beifügen.

---

Vorsorgevollmacht o. gesetzliche Betreuung

ja

nein

Wenn ja, für wen: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Haben Sie einen Pflegedienst beauftragt?

ja

nein

Kontakt Pflegedienst:

Ansprechpartner:

Adresse:

Telefonnummer/Faxnummer:

Deutsch als Muttersprache

ja

nein

Falls nein: Deutschkenntnisse

gut

mäßig

fehlend

---

Alltägliches Leben:

Müssen Sie zu Hause Treppen bewältigen?  ja  nein Selbstständig möglich  ja  nein

Benötigen Sie Hilfe bei:

Anziehen

ja  nein

Essen

ja  nein

Toilettengang  ja  nein  
Medikamenteneinnahme  ja  nein  
Gehfähigkeit  ja  nein

Hilfsmittel: Rollator:  ja  nein  
Gehstock  ja  nein  
Rollstuhl  ja  nein

Ich leide an folgenden aktuellen Hauptbeschwerden und möchte mich deshalb in einer Tagesklinik vorstellen:

Vergesslichkeit  ja  nein  
Fehlende Orientierung  ja  nein  
Starke Verwirrung  ja  nein  
Sprachliche Defizite  ja  nein  
fehlende Alltagsfähigkeit  ja  nein

Sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese Beschwerden: \_\_\_\_\_

Sonstige wichtige Informationen: (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten, etc.)

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

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ durch Patient  Angehöriger

Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

Zur internen Bearbeitung an OA TKD

Aufnahme TKD geeignet  ja  nein

Aufnahme stationär empfohlen  ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift OA: \_\_\_\_\_