



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: _____