



## Basisfragebogen

**Bitte zurück senden** per Post an die Schön Klinik Tagesklinik für Demenz, Leopoldstraße 157, 80804 München oder **per Mail an** demenz-muenchen@schoen-klinik.de

- Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Adresse: \_\_\_\_\_
- Telefonnummer(n): \_\_\_\_\_
- Versichert bei / Krankenkasse: \_\_\_\_\_

.....

Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_

Nervenarzt / Neurologe (Name, Adresse, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_

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 beim:
- 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: \_\_\_\_\_