

## Schnuppertag

- Altenpflegeheim Haus am Brunnen, Maichingen**  
Brunnenstraße 23, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-63304-141  
**TAGESPFLEGE**

### 1. Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße / Nr \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Geb.Datum \_\_\_\_\_  
Geb.Name \_\_\_\_\_  
Geb.Ort \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_

### 2. Ehepartner/in, Lebenspartner/in

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße / Nr \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Geb.Datum \_\_\_\_\_  
Geb.Name \_\_\_\_\_  
Geb.Ort \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### 3. zu erreichende Angehörige

1. **Name, Vorname** \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefon:**  
Privat \_\_\_\_\_  
Geschäftlich \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_

2. **Name, Vorname** \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefon:**  
Privat \_\_\_\_\_  
Geschäftlich \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_

Welche oben genannten Personen sollen in Notsituationen verständigt werden?

- Ehepartner/in, Lebenspartner/in     1.     2.     3.     4.

### 4. Gesetzliche Betreuung / Vollmachten

- Gesetzliche Betreuung    oder     Vollmacht

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefon:**  
Privat \_\_\_\_\_  
Geschäftlich \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_

### 5. Hausarzt

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 6. Medikamente

6.1. Welche Medikamente werden eingenommen?

.....  
.....

6.2. Welche Medikamente müssen am Schnuppertag eingenommen werden?

.....  
.....

## 7. Diagnosen

.....  
.....  
.....

## 8. Sonstige Bemerkungen

.....  
.....  
.....

## 9. Krankenkasse und Pflegegrad

.....  
.....  
.....

## 10. Essenswünsche

Kostform:  Diät (Diabetes mellitus)  insulinpflichtig  ja  nein

Normalkost  mundgerechte Zubereitung

Allergien gegen Nahrungsmittel?  nein

ja, welche?

Frühstück: Kaffee/Tee/Milch/Zucker/Süßstoff:

Brötchen \_\_\_\_ Stück  Mischbrot \_\_\_\_ Scheiben mit/ohne Rinde

Vollkornbrot \_\_\_\_ Scheiben

Marmelade  Honig  Butter  Margarine  Käse  Wurst

Getränk:  Sprudel  Saftschorle

Sonstige Wünsche:

.....  
.....

Ort, Datum und Unterschrift

.....