

## Vorbereitungen für den Besuch der Tagespflege

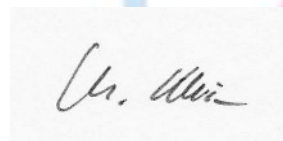
Sehr geehrte/r Interessent/in

Sie werden die Tagespflege besuchen

Um eine gute und umfassende Betreuung und Pflege sicherzustellen, bitten wir Sie, folgende Dinge zu beachten bzw. folgende Unterlagen uns zur Verfügung zu stellen:

- Bekleidung zum Wechseln (falls ein Malheur passiert)
- den täglichen Medikamentenbedarf (**Medikamente bitte in Verpackung belassen**)
- Gehwagen, Rollstuhl, sonstige Hilfsmittel
- Inkontinenzmaterial
- Etwas Taschengeld für evtl. Ausflüge
  
- eine ärztliche Erklärung, dass Sie an keiner ansteckenden Erkrankung leiden
- einem vom **Arzt unterschriebenen** Medikamentenvergabeplan,
- Richterliche Verfügung über z. B. Fixierung
- Kopie des Personalausweis/Pass

Für weitere Fragen und Informationen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.



M. Klein  
Einrichtungsleitung

Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_

Sie besuchen die Aktiva Tagespflege am Schlenkhoffs Weg. Um Ihren Aufenthalt möglichst angenehm zu gestalten, möchten wir Sie mit Ihren Anliegen, Bedürfnissen und Wünschen kennenlernen. Gleichzeitig möchten wir diese auch in Ihrem Lebensalltag umsetzen, damit Sie sich bei uns wohl fühlen. Wir bitten Sie, sich ein wenig Zeit zu nehmen und uns stichpunktartig mitzuteilen, was Ihnen wichtig ist. Ihre Mitwirkung und Selbstbestimmung ist uns wichtig.

Welche Erwartungen haben Sie an den Besuch der Tagespflege?  
Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

---

---

---

---

Mögen Sie es sich mitzuteilen? Können Sie gut sehen und hören? Nutzen Sie Hilfsmittel?  
Erinnern Sie sich an Dinge? Würden Sie sich als ruhigen Menschen beschreiben?  
Erkennen Sie Gefahren?

---

---

---

---

Können Sie sich sicher und frei in der Wohnung, außerhalb der Wohnung bewegen? Nutzen Sie Hilfsmittel? Welche Bewegungen führen Sie gern durch? Gibt es Orte oder Personen wo Sie gern hingehen?

---

---

---

---

Welche gesundheitsbezogenen Bedürfnisse haben Sie? Wer kümmert sich um Medikamente und Arzt- oder Therapeutenbesuche?

---

---

---

---

Was essen und trinken Sie?

---

---

---

---

Was ist Ihnen bei der Körperpflege wichtig? Wobei erhalten Sie Hilfe?

---

---

---

---

Können Sie allein zur Toilette gehen? Nutzen Sie Vorlagen?

---

---

---

---

Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Sie bei Bekleidungswechseln? Wobei erhalten Sie Hilfe?

---

---

---

---

Wie gestalten Sie Ihren Tagesablauf? Wo halten Sie sich gern auf? Mit wem treffen Sie sich gern?

---

---

---

---

Wie möchten Sie Ihre Alltagsfähigkeiten erhalten? Wie wünschen Sie sich Rückzugsmöglichkeiten?

---

---

---

---

Wer soll unser Ansprechpartner sein? \_\_\_\_\_

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

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