

**FAX: 05371 / 98 48 9**



oder auf dem Postwege an:

**Ambulanter Pflegeservice GmbH  
Zur Allerwelle 4  
38518 Gifhorn**

oder gescannt per E-Mail auf:

**info@tagespflege-gifhorn.de**

### ANMELDUNG ZUM KOSTENLOSEN SCHNUPPERTAG

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte füllen Sie die nachstehenden Felder vollständig aus und schicken Sie uns dieses Formular per Fax oder auf dem Postwege zu. Bei Fragen können Sie uns selbstverständlich gern kontaktieren.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

Um den Tag für unseren Gast möglichst angenehm gestalten und seinen Erwartungen sowie körperlichen und seelischen Bedürfnissen entsprechen zu können, bitten wir Sie Medikamente und falls notwendig Insulin, BZ- Messgeräte , erforderliche Hilfsmittel und Gehhilfen mitzubringen. Außerdem bitten wir sie um folgende Informationen:

**Bezugsperson 1:** \_\_\_\_\_ **Tel. Nr.:** \_\_\_\_\_

**Bezugsperson 2:** \_\_\_\_\_ **Tel. Nr.:** \_\_\_\_\_

**behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_ **Tel. Nr.:** \_\_\_\_\_

<b>Frage:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Erläuterung</b>
Diabetes			
Allergien			
Körperliche Behinderungen			
Bluthochdruck			
Herzerkrankungen			
Nieren- und Blasenerkrankungen			

<b>Frage:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Erläuterung</b>
Weitere körperliche Erkrankungen			
Demenz			
Depression			
Weitere seelische Erkrankungen			
Hilfe bei Toilettengang			
Sonstige Hilfestellungen erforderlich?			
Prothesen			Zähne oben/unten - Bein - .....
Medikamente			
Hilfsmittel			Brille-Hörgerät-Gehhilfe-Rollstuhl.....
Pflegestufe			
Betreuung			

Weitere Anmerkungen und Besonderheiten können Sie uns gern hier mitteilen: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Hiermit bitten wir um einen Terminvorschlag für eine kostenlosen Schnuppertag.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift