

1. Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Rentenhöhe ca.: _____

Pflegekasse: _____ VersichertenNr.: _____

Pflegegrad vorhanden: Ja Grad: _____ Nein

Pflegegrad beantragt: Ja Nein

Hausarzt: _____

Hausarztwechsel : Ja wenn ja wer? _____ Nein

Angehörige

Verwandtschaftsgrad: _____ Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

2. Anfrage Pflegeplatz

Kurzzeitpflege Verhinderungspflege vollstationäre Pflege Tagespf.

Gewünschter Einzugstermin: _____ ggf. späterster Einzugstermin: _____

3. Pflegebedarf

	Mobilität	Ernährung	Grundpflege	Inkontinenz
▪ Selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Anleitung oder Teilübernahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Vollübernahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Erstellt:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	02.02.2021	02.02.2021	02.02.2021
Name:	Rene Helbing	Uwe Wellenberg	Rene Helbing
Unterschrift:			

4. bisherige pflegerische Versorgung

5. Krankheitsbild

- Dekubitus: Ja Nein
- Weglauftendenzen: Ja Nein
- Ernährungsproblematik/-risiko: Ja Nein
- Sturzrisiko/-gefährdung bekannt: Ja Nein
- Inkontinenz vorhanden: Ja Nein

6. Verfügungen/Vollmachten

6.1 **Betreuung vorhanden:** Ja (Kopie beifügen) Nein

Betreuer (m/w)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon / Handy / E-Mail

- Per amtsgerichtlichen Bescheid
- Per notarieller Vollmacht

	Erstellt:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	02.02.2021	02.02.2021	02.02.2021
Name:	Rene Helbing	Uwe Wellenberg	Rene Helbing
Unterschrift:			

6.2 Vorsorgevollmacht vorhanden: Ja (Kopie beifügen) Nein

Bevollmächtigter (m/w)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon / Handy / E-Mail

6.3 Patientenverfügung vorhanden: Ja (Kopie beifügen) Nein

7. Sonstiges

Ist ein Telefonanschluss gewünscht? Ja Nein

Pflegeprodukte werden vom Haus gestellt? Ja Nein

Wird das Taschengeld von der Einrichtung verwaltet, Depotkonto gewünscht?

Ja Nein

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor? Ja Nein

Wurde ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt? Ja Nein

Wäscheversorgung über die Einrichtung? Ja Nein



Wenn ja ! Etiketten bestellen? Ja Nein

8. benötigte Unterlagen:

-  **Versichertenkarte, Personalausweis, Schwerbehindertenausweis**
-  **Medikamente (bitte nicht gerichtet)**
-  **Aktueller Medikamentenplan**
-  **Inkontinenzmaterial, wenn Inkontinenz vorhanden (Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege)**
-  **Bekleidung (keine Handtücher/Waschlappen)**
-  **Notfalltasche fürs Krankenhaus**
-  **Ärztlicher Fragebogen**
-  **Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung**
-  **Bescheid des Pflegegrades**
-  **Nachweis über Covid19-Impfung und/oder Covid19-Infektion**

	Erstellt:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	02.02.2021	02.02.2021	02.02.2021
Name:	Rene Helbing	Uwe Wellenberg	Rene Helbing
Unterschrift:			