

### 1. Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

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  Tagespfl.

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_ ggf. spätester 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  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  Nein

Bevollmächtigter (m/w)

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Telefon / Handy / E-Mail

**6.3 Patientenverfügung vorhanden:**  Ja  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, Schwerbehindertenausw.
-  Medikamente (bitte nicht gerichtet)
-  Aktueller Medikamentenplan
-  Inkontinenzmaterial, wenn Inkontinenz vorhanden  
(Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege)
-  Bekleidung (keine Handtücher/Waschlappen)
-  Ärztlicher Fragebogen
-  Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
-  Bescheid des Pflegegrades

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