

Angaben Patient		Angaben Angehöriger/ Betreuer	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Geburtsdatum			
Straße und Hausnummer		Straße und Hausnummer	
Postleitzahl (PLZ)		Postleitzahl (PLZ)	
Ort		Ort	
Telefon		Telefon	
Mail		Mail	
Religion Nationalität			
Familienstand			

Krankenkasse _____

gesetzlich vers. ☐ privat vers. ☐

Versichertennummer _____

Pflegegrad _____ seit _____ Höherstufung beantragt ☐ ja ☐ nein

Beihilfe: ☐ ja _____ % ☐ nein

Selbstzahler ☐ ja ☐ nein

Sozialhilfeempfänger
Antrag gestellt? ☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Hausarzt _____

Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Verhinderungspflege in Anspruch genommen ☐ ja ☐ nein

Kurzzeitpflege in Anspruch genommen ☐ ja ☐ nein

Betreuungs- und Entlastungsleistungen ☐ 131€ ☐

Wird aktuell ein Pflegedienst eingesetzt?

☐ ja

☐ nein

In welcher Häufigkeit ?

__ Mal pro Tag / __ pro Woche

Welche Leistungen erbringt der Pflegedienst?

SGB V ☐

SGB XI ☐

Wird der Pflegedienst auch weiterhin eingesetzt?

☐ ja

☐ nein

Diagnosen

Werden SGB V-Leistungen (häusliche Krankenpflege) benötigt?

☐ nein ☐ ja, und zwar folgende:

☐ Wunden

☐ Dekubitus

☐ Kompressionsstrümpfe/-Verbände

☐ Medigabe

☐ BZ-Messung

☐ Injektionen

☐ Blutdruckmessung

☐ Sonstige _____

Liegen Beeinträchtigungen im Bereich der Kommunikation vor?

Sehkraft

☐ keine

☐ teilw. Probleme

☐ starke Probleme

Hörvermögen:

☐ keine

☐ teilw. Probleme

☐ starke Probleme

Sprach

☐ keine

☐ teilw. Probleme

☐ starke Probleme

Welche Hilfsmittel stehen aktuell zur Verfügung/ werden genutzt?

Hörgerät

☐ ja

☐ nein

Brille

☐ ja

☐ nein

Zahnprothese

☐ ja

☐ nein

Rollstuhl

☐ ja

☐ nein

Rollator

☐ ja

☐ nein

Patientenlifter

☐ ja

☐ nein

Pflegebett

☐ ja

☐ nein

Wechseldruckmatratze

☐ ja

☐ nein

Liegen kognitive Beeinträchtigungen vor?

zeitlich	☐ keine	☐ zeitweise	☐ starke Probleme
örtlich	☐ keine	☐ zeitweise	☐ starke Probleme
persönlich	☐ keine	☐ zeitweise	☐ starke Probleme
situativ	☐ keine	☐ zeitweise	☐ starke Probleme
Wahrnehmung	☐ keine	☐ zeitweise	☐ starke Probleme

Mobilität

Positionswechsel im Bett erforderlich?	☐ ja	☐ nein	Häufigkeit /Tag: __ Mal
Gehen	☐ selbständig	☐ mit Hilfestellung	☐ völlig unselbständig
Stehen	☐ selbständig	☐ mit Hilfestellung	☐ völlig unselbständig
Umsetzen	☐ selbständig	☐ mit Hilfestellung	☐ völlig unselbständig

Körperpflege/ Ernährung

Körperpflege	☐ selbständig	☐ braucht Hilfe	☐ komplette Übernahme
Duschen/ Baden	☐ selbständig	☐ braucht Hilfe	☐ komplette Übernahme
Mund/ Zahnpflege	☐ selbständig	☐ braucht Hilfe	☐ komplette Übernahme
An- Auskleiden	☐ selbständig	☐ braucht Hilfe	☐ komplette Übernahme

Zubereitung Nahrung	☐ selbständig	☐ braucht Hilfe	☐ komplette Übernahme
---------------------	--------------------------------------	--	--

Nahrungsaufnahme	☐ selbständig	☐ braucht Hilfe	☐ komplette Übernahme
------------------	--------------------------------------	--	--

Besondere Kostform	☐ ja	☐ nein
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Kau- Schluckbeschwerden	☐ ja	☐ nein
-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Flüssigkeitsaufnahme	☐ selbständig	☐ braucht Hilfe	☐ komplette Übernahme
----------------------	--------------------------------------	--	--

Vorlieben/ Abneigungen

Erstgespräch/ Aufnahme

Ausscheidung

Urin

☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent ☐ inkontinent

Stuhl

☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent ☐ inkontinent

Benutzen der Toilette

☐ selbständig ☐ braucht Hilfe ☐ komplette Übernahme

Ruhen und Schlafen

Einschlafen ☐ keine Probleme ☐ Probleme

Durchschlafen ☐ keine Probleme ☐ Probleme

Schlafbedürfnis ☐ keine Probleme ☐ Probleme

Tag-/ Nachtrhythmus ☐ keine Probleme ☐ Probleme

Schläft der Patient tagsüber? ☐ nein ☐ ja, von/bis _____

Wie oft steht der Patient pro Nacht auf?

☐ 0 Mal ☐ 1 Mal ☐ 2 - 3 Mal ☐ mehr als 3 Mal

Benötigt er dabei Hilfe? ☐ ja ☐ nein

Erhält er Schlafmittel? ☐ ja ☐ nein

Sich beschäftigen

Hobbies ☐ nein ☐ ja, folgende

Mediennutzung ☐ nein ☐ ja, folgende

Internet im Haus vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

Erhält der Patient Therapien?

- ☐ keine ☐ Krankengymnastik ☐ Logopädie ☐ Ergotherapie
☐ sonstige

Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

- Verlusterfahrungen ☐ nein ☐ ja, folgende:
Sorgen ☐ nein ☐ ja, folgende:
Leiden ☐ nein ☐ ja, folgende:
Ängste ☐ nein ☐ ja, folgende:
Lebenseinstellung ☐ positiv ☐ negativ

Lebt der Patient Besondere Rituale/ liegen Wünsche und Bedürfnisse vor, welche unsererseits berücksichtigt werden sollen?

- ☐ nein ☐ wenn ja, welche
-

Einsatz gewünscht ab _____

Besitzen Sie ein Vorsorgevollmacht/ Generalvollmacht/ Betreuerausweis

- ☐ nein ☐ wenn ja, Kopie beifügen

Wie soll ihre Rechnung versendet werden

- ☐ E-Mail, E-Mail-Adresse: _____
☐ Per Post, an: _____
☐ Per Lastschrift: _____

„Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Bevollmächtigte/r