

Persönlicher Fragebogen (Anfrage-/ Aufnahmeformular)

<input type="checkbox"/> Telefonische Anfrage Anfragedatum:	<input type="checkbox"/> persönliche Anfrage Aufnahmedatum:
--	--

Anfrage für folgenden Bereich:

<input type="checkbox"/> Seniorenheim	<input type="checkbox"/> Seniorenwohnungen	<input type="checkbox"/> Tagespflege
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Hospiz	<input type="checkbox"/> Intensive Langzeitpflege

1. Anrufer/ Interessent		
Verwandtschaftsgrad/ Bezug zum Interessenten:		
Name:		
Telefon:	mobil:	E-Mail:
Liegt eine gerichtliche Betreuung oder Vollmacht vor?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt

2. Persönliche Stammdaten (des potentiellen Bewohners)	
Name:	Geburtsname:
Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Strasse:	
PLZ:	Wohnort:
Konfession:	Familienstand:
Staatsangehörigkeit:	Beruf:
Derzeitiger Aufenthalt:	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha	
Krankenkasse:	Von Rezeptgebühr befreit
Versichertennummer:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ggf. Beihilfestelle:	
Hausarzt (Name und Anschrift)	
Facharzt/ -ärzte	
Grad der Pflegebedürftigkeit:	
Pflegeeingraduierung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Bitte Bescheid der Kasse über Grad vorlegen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Höherstufungsantrag gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei vorliegender Demenz oder eingeschränkter Alltagskompetenz:	
Beziehen Sie besondere Betreuungsleistungen (§ 87 b SGB XI)?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	

Krankheitsbild
medizinische Informationen

<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> masch. Beatmung
<input type="checkbox"/> PEG Sonde	<input type="checkbox"/> MRSA Besiedlung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffzufuhr

pflegerische Informationen

 Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Nächste Angehörige/ Bezugspersonen (1):

Name:	Vorname:
Strasse:	
PLZ:	Ort:
Tel:	Handy:
E-Mail Adresse:	Verwandtschaftsgrad:
Liegt eine gerichtliche Betreuung oder Vollmacht vor?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	

Nächste Angehörige/ Bezugspersonen (2):

Name:	Vorname:
Strasse:	
PLZ:	Ort:
Tel:	Handy:
E-Mail Adresse:	Verwandtschaftsgrad:
Liegt eine gerichtliche Betreuung oder Vollmacht vor?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	

4. Finanzierung

Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sollen die Tagespflegekosten per Lastschrifteinzug eingezogen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bankverbindung: Kontonummer: Bankleitzahl:	Sozialhilfeempfänger <input type="checkbox"/> Zuständiges Sozialamt:
Rententräger:	
(Tagespflegekosten)-rechnung, etc. an <input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Sonstige Name und Anschrift:	

5. Biographie

Biographische Daten /prägende Erlebnisse des potentiellen Bewohners
Vorlieben/ Wünsche/ Gewohnheiten des potentiellen Bewohners

6. Allgemeine Informationen

1. Tagespflegegäste müssen benötigtes Inkontinenzmaterial für die vorgesehene Zeit selbst mitbringen
2. Vor dem Einzug benötigen wir von Ihrem Hausarzt ein ärztliches Attest und eine Unbedenklichkeitsbescheinigung zur Tagespflegeaufnahme
3. **Bei Aufnahme bitte mitbringen:**
 - gegebenenfalls die Vorsorgevollmacht/ Betreuungsurkunde
 - gegebenenfalls die Patientenverfügung
 -

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vom Hörensagen | <input type="checkbox"/> Sozialdienst aus Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Werbung |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch/ gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> gedruckte Verzeichnisse | |

Ergänzende Informationen für die Aufnahme in die Tagespflege

Ab wann soll der Besuch der Tagespflege beginnen? _____

An welchen Wochentagen möchten Sie die Tagespflege besuchen?

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut? Wenn ja, welchen?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Gehen Sie zu Fachärzten, wenn ja, zu welchen?

Allgemeine Bemerkungen:

Möchten Sie unseren Fahrdienst zum Abholen und Zurückbringen in Anspruch nehmen? ja neinMüssen Sie uns für den Fahrdienst einen Schlüssel bereit stellen? ja nein

	Bearbeitet	Gepüft	Freigegeben	Revisionsstand: 6
Datum	17.08.2017	02.02.2015	02.02.2015	Nächste Überarbeitung:
Name	E. Schomacher	J. Curth	J. Curth	Seite: 4 von 4