

Fragebogen für Anfragen und Aufnahmen

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

Anfrage für folgenden Bereich:

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

1. Anrufer/ Interessent

Name:		
Telefon:	mobil:	E-Mail:

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 <input type="checkbox"/> anderes	
Krankenkasse:	Von Rezeptgebühr befreit
Versichertennummer:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ggf. Beihilfestelle:	
Hausarzt (Name und Anschrift)	
Facharzt/ -ärzte	
Grad der Pflegebedürftigkeit:	
Pflegeeingradung erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Höhergradungsantrag gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Betreuungsleistungen in Anspruch genommen	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankheitsbild	

medizinische Informationen

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

pflegerische Informationen

Wer hat bisher die Fußpflege gemacht? Soll es so beibehalten werden?

 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?
 ja nein beantragt

Nächste Angehörige/ Bezugspersonen (2):

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel:	Handy:
E-Mail Adresse:	Verwandtschaftsgrad:

 Liegt eine gerichtliche Betreuung oder Vollmacht vor?
 ja nein beantragt

3. Unterbringungswunsch (betrifft nur das Seniorenhaus)
 Einzelzimmer Doppelzimmer

Ist eine Unterbringung im Einzelzimmer zurzeit nicht möglich, ist der Interessent bereit, vorübergehend in ein Doppelzimmer einzuziehen?

 ja nein

4. bei Einzug gewünscht (betrifft nur das Seniorenhaus)

<input type="checkbox"/> Telefonanschluss	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Kühlschrankfach
<input type="checkbox"/> Telefonapparat	<input type="checkbox"/> Zimmerschlüssel	<input type="checkbox"/> Safe

5. Finanzierung

Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sollen die Heimkosten per Lastschriftinzug eingezogen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bankverbindung: Kontonummer: Bankleitzahl:	Sozialhilfeempfänger <input type="checkbox"/> Zuständiges Sozialamt: Vorsorglich melden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Höhe der monatlichen Rente:

Rententräger:

(Heimkosten)-rechnung, etc. an

 Bewohner Sonstige Name und Anschrift:

5. Biographie
Biographische Daten /prägende Erlebnisse des potentiellen Bewohners
Vorlieben/ Wünsche/ Gewohnheiten des potentiellen Bewohners
6. Allgemeine Informationen

1. Auf Wunsch können Sie die Wäsche in der hauseigenen Wäscherei waschen lassen, wofür die Wäsche von uns gezeichnet wird. Die Wäschestücke müssen dafür zuvor schon gewaschen worden sein. Sie können uns die Wäsche auch gerne vor dem Einzug bringen. Bitte setzen Sie sich zur Absprache mit uns in Verbindung.
 Wie viele Etiketten benötigen Sie? 50 100 150
2. Gerne können Sie kleinere Möbelstücke mitbringen. Benötigen Sie Hilfe beim Einzug? Unsere Hausmeister können Sie dabei unterstützen. Bitte nehmen Sie Kontakt mit uns auf.
3. Kurzzeitpflegebewohner müssen benötigtes Inkontinenzmaterial für die vorgesehene Zeit selbst mitbringen. Die Wäschereinigung bitte vorher mit uns absprechen.
4. **Bei Einzug bitte mitbringen:**
 - den Personalausweis oder Reisepass
 - die Krankenversichertenkarte
 - gegebenenfalls den Befreiungsausweis der Krankenkasse
 - 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 | |

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	
Datum	11.01.2024	20.02.2024	20.02.2024	Revisionsstand: 12
Name	K. Orłowski	QZ PDL	J. Curth	Nächste Überarbeitung: Bei Bedarf
				Seite: 3 von 3