

Fragebogen für Anfragen und Aufnahmen



Anfrage für folgenden Bereich:

Anfragedatum:

Bei Interesse an einen Hospizplatz, nehmen sie bitte telefonisch Kontakt mit uns auf.

Anfrageart: Telefonische Anfrage Persönliche Anfrage

1. Anrufer/Interessent	
Name:	Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon:	Mobil:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>	

2. Persönliche Stammdaten (des potentiellen Bewohners)	
Name:	Geburtsname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße: <input type="text"/>	
PLZ:	Wohnort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konfession:	Familienstand:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit:	Beruf:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Derzeitiger Aufenthalt: <input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Krankenhaus <input type="radio"/> Reha <input type="radio"/> Anderes	
<input type="text"/>	

Fragebogen für Anfragen und Aufnahmen



Krankenkasse: <input type="text"/>	Von Rezeptgebühr befreit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Besteht aktuell eine Inkontinenzversorgung bei ihnen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Pflegekasse: <input type="text"/>	
Versichertennummer: <input type="text"/>	
Ggf. Beihilfestelle: <input type="text"/>	
Hausarzt (Name und Anschrift) <input type="text"/>	
Besteht mit Ihrem aktuellen Hausarzt ein Hausarztvertrag? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Falls Ihr derzeitiger Hausarzt keine Hausbesuche bei uns durchführen wird, empfehlen wir Ihnen gerne unsere Kooperationspartner.	
Facharzt/ -ärzte <input type="text"/>	
Grad der Pflegebedürftigkeit:	
Pflegeeingradung erfolgt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beantragt	
Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
Antrag Höherstufung Pflegegrad gestellt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Betreuungsleistungen in Anspruch genommen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Krankheitsbild: <input type="text"/>	

Fragebogen für Anfragen und Aufnahmen



Medizinische Information:

Allergien/Unverträglichkeiten

Blasenkatheter

Keimbesiedlung

maschinelle Beatmung

Trachealkanüle

Sauerstoffzufuhr

PEG-Sonde

Ärztliches Zeugnis gemäß § 36 Abs. 4 IfSG (Gesetzliche Pflicht), dass der Bewohner frei von ansteckenden Erkrankungen, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorhanden sind, muss **spätestens am Aufnahmetag vorliegen!**

Hinweis: Nicht älter als 6 Monate bei Erstaufnahme, nicht älter als 12 Monate bei erneuter Aufnahme

wurde beantragt

liegt vor

Bestehen sonstige ansteckende Krankheiten? ja nein

Vordruck für den Hausarzt können wir ihnen auf Anfrage gerne aushändigen oder sie laden sich den Vordruck über unsere Homepage herunter.

Pflegerische Informationen:

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Fragebogen für Anfragen und Aufnahmen



Nächste Angehörige/ Bezugspersonen (1):

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

Nächste Angehörige/ Bezugspersonen (2):

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

3. Unterbringungswunsch

- 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

- Telefonanschluss Internet Kühlschrankfach
 Telefonapparat Zimmerschlüssel Safe

5. Finanzierung

- Selbstzahler

Die Heimkosten werden per Lastschrift einzug eingezogen!

Bank:

IBAN:

- Sozialhilfeempfänger

Zuständiges Sozialamt:

Vorsorglich melden?

- ja nein

Höhe der monatlichen Rente:

 EURO

Rententräger:

An wen sollen Rechnungen (z.B. Heimkosten etc.) ausgehändigt werden?

- Bewohner

- Sonstige:

6. Biographie

Biographische Daten / prägende Erlebnisse des potentiellen Bewohners:

Vorlieben / Wünsche / Gewohnheiten des potentiellen Bewohners:

Wie sind Sie auf Haus Hörn aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internet/Social Media | <input type="checkbox"/> Werbung | <input type="checkbox"/> Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Sozialdienst | <input type="checkbox"/> Bekannte/ Freunde/ Erzählungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |