



Dieses Formular muss bitte ausgefüllt zurück in die Verwaltung inklusive der Anlagen.

Anfragedatum:	Dringlichkeit:	Warteliste <input type="checkbox"/>
Name des Anrufers / Interessenten:		Telefon / Email:
<input type="checkbox"/> stat. LZP		<input type="checkbox"/> KZP
<input type="checkbox"/> KZP mit anschließender stat. LZP		
Hat bereits im Kalenderjahr eine Kurzzeitpflege stattgefunden? <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, bereits gezahlter Betrag von der Pflegekasse: €		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
<input type="checkbox"/> vorübergehend Doppelzimmer möglich		
Aufnahmedatum:		Zimmernummer:
Bewohner - Name:		
Vorname:		
Straße, Hausnr.:		
Ort:		
Geburtsdatum:		
Geburtsort/-Land:		
Staatsangehörigkeit:		
Konfession:		
Familienstand:		

Derzeitiger Aufenthalt:

<input type="checkbox"/> eigene Häuslichkeit	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
<input type="checkbox"/> anderes Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Reha-Klinik
Einrichtungsnamen:	
Straße:	
Ort:	
Tel.:	



Angehörige / Bezugspersonen 1:

Name:		Vorname:	
Beziehung / Funktion:			
Straße, Hausnr.:			
PLZ, Ort:			
Tel. privat:		Email:	
Tel. mobil:			

Angehörige / Bezugspersonen 2:

Name:		Vorname:	
Beziehung / Funktion:			
Straße, Hausnr.:			
PLZ, Ort:			
Tel. privat:		Email:	
Tel. mobil:			

Angehörige / Bezugspersonen 3:

Name:		Vorname:	
Beziehung / Funktion:			
Straße, Hausnr.:			
PLZ, Ort:			
Tel. privat:		Email:	
Tel. mobil:			

Hausarzt (ggf. früherer Hausarzt) oder Hausarzt in Finkenwerder suchen

Name / Praxis)	
Adresse:	
Tel.:	Email:
<input type="checkbox"/> aktueller Arztbrief/Überleitbogen	<input type="checkbox"/> aktueller Medikamentenplan

Krankenkasse / Pflegekasse:

Name:		Vers.-Nr.:	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe zu	%
<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung / Befreiungsausweis vorlegen			



Grad der Pflegebedürftigkeit:

<input type="checkbox"/> Ja				
<input type="checkbox"/> PG 1	<input type="checkbox"/> PG 2	<input type="checkbox"/> PG 3	<input type="checkbox"/> PG 4	<input type="checkbox"/> PG 5
<input type="checkbox"/> Nein				
Antrag gestellt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Datum:	
MD-Besuch hat stattgefunden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Datum:	

Finanzierung:

<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger
zuständiges Sozialamt:
<input type="checkbox"/> Rechnung per Email an:
<input type="checkbox"/> Einzug per Lastschrift (siehe SEPA-Lastschriftmandat)

Regelungen für den Todesfall:

Gewünschtes Bestattungsunternehmen:		
Ansprechpartner / Telefon:		
Liegt ein Vertrag mit diesem Bestattungsunternehmen vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünsche:		
Möchten Angehörige im Todesfall auch nachts angerufen werden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Betreuung / Vollmacht (Daten des Hauptbevollmächtigten eintragen)

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja: Original vorlegen zur Kopie	<input type="checkbox"/> Beantragt
Name, Vorname	
Straße:	
Ort:	
Tel.:	Email:

Patientenverfügung: (Daten des Hauptbevollmächtigten eintragen)

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja: Original vorlegen zur Kopie	
Name, Vorname	
Straße:	
Ort:	
Tel.:	Email:



Angaben zum Allgemeinzustand des potentiellen Bewohners

	Ja/nein		Ja/nein
Diabetes		Bluthochdruck	
Inkontinenz		Schlaganfall	
Sturzgefahr			
vollständig orientiert		teilweise orientiert	
vollständig desorientiert			
mobil		teilweise immobil	
immobil			

Benötigte Unterlagen, Medikamente, Inkontinenzmaterial bei Einzug (Abgabe im Wohnbereich)

	Handzeichen
Implantat Pass <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherpass <input type="checkbox"/>	
Allergiepass <input type="checkbox"/>	
Medikamente und Diabetikerbedarf für 1 Woche	
Inkontinenzmaterial für ca. 14 Tage <input type="checkbox"/> aktuelle Dauer-Verordnung <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel bitte ankreuzen: <ul style="list-style-type: none"> - Rollator - Rollstuhl - E-Rollstuhl - Hörgeräte - Brille - Zahnprothese komplett - Teilprothese 	

Weitere Informationen zu

<input type="checkbox"/> Umgang mit Wäsche bei Einzug und Neuanschaffungen
<input type="checkbox"/> Frisör im Haus <input type="checkbox"/> oder eigener Frisör
<input type="checkbox"/> Fußpflege im Haus <input type="checkbox"/> oder eigene Fußpflege
<input type="checkbox"/> Hygieneartikel über den Kiosk im Haus <input type="checkbox"/> oder Selbstversorgung
<input type="checkbox"/> Verwahrgeldkonto
<input type="checkbox"/> Zimmereinrichtung
<input type="checkbox"/> Zimmerschlüssel
<input type="checkbox"/> Möglichkeit von eigenem Telefonanschluss
<input type="checkbox"/> Einnahme der Mahlzeiten
<input type="checkbox"/> Veranstaltungen und Betreuungsangebote