

ERSTGESPRÄCH

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Pflegeeinrichtung interessieren. Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Leistung:

Tagespflege: Titz Jülich Hückelhoven Bedburg

stationäre Pflege: dauerhaft Kurzzeitpflege vom _____.____.20__ bis _____.____.20__

Persönliche Daten des Interessenten (Gast / Patient / Bewohner):

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Staatsangeh.: _____ Konfession: _____

Pflegegrad: ____, seit: _____ Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Beihilfeanspruch: ja nein in Prozent: _____

Gesetzliche Betreuung: ja nein Vorsorgevollmacht: ja nein

Daten der Angehörigen / Bevollmächtigten / gesetzl. Betreuer:

Hauptansprechpartner:

Vorname: _____ Nachname: _____ Beziehung: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Telefon-Nr.: _____

Email: _____ Rechnung an: Gast/Bewohn. Angeh./Betreuer

Ansprechpartner in Vertretung / Alternativ:

Vorname: _____ Nachname: _____ Beziehung: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Telefon-Nr.: _____

Arztkontakte:

Hausarzt: _____ Ort / Tel.-Nr.: _____

Facharzt: _____ Ort / Tel.-Nr.: _____

Vertretung: _____ Ort / Tel.-Nr.: _____

Details zu Ihren gewünschten Leistungen:

Tagespflege: gewünschter Besuch ab: _____

Mo Di Mi Do Fr Feiertage: ja nein Fahrdienst: morgens abends

Abtretung der zusätzlichen Entlastungsleistungen (125 €)? ja nein, da anderweitig genutzt.

vollstationäre Pflege: gewünschter Leistungsbeginn: _____

Zimmerart: EZ standard EZ mit Balkon/Terrasse Doppelzimmer

Zusatzleistungen: Internet / Telefon Pflegeartikel Friseur, Intervall: _____

(die durch unsere Einrichtung erbracht werden sollen. Die Abrechnung erfolgt monatlich.)

Inko-Material Apotheke/Medikation Fußpflege, Intervall: _____

Barbetragkonto Kioskartikel eigener Rollator eigener Rollstuhl

Finanzierung: Selbstzahler Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ beim zuständigen Sozialamt

Bewohnerpost: in den Briefkasten des Bewohners kostenpfl. Übersendung an Angehörige

Eigenanteilsrechnungen von Apotheke, Inko usw.: über Barbetragkonto Rechnung an Angehörige

Schlüssel für Zimmer, Tresor, Briefkasten: an Heimbewohner an Angehörige

Besondere Pflegesituation:

Fixierung Diabetes Mellitus Blasenkatheter Beatmung PEG

Dekubitus Tracheostoma vollständ. Immobilität Wachkoma MRSA

Allergien: nicht bekannt keine ja: _____

Sind Sie schon einmal gestürzt? ja nein

Selbst- oder Fremdgefährdung? ja nein

Hinlauftendenz? starker Bewegungsdrang? ja nein

nächtliche Unruhe? ja nein

Covid-19 / SARS-CoV-2 (Corona) geimpft: nein ja, Anzahl: _____

Hinweise / individuelle Vorlieben / Wünsche / Abneigungen:

Wir benötigen Kopien der folgenden Unterlagen: Pflegeeinstufungsbescheid / Impfnachweis / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung aktueller Medikamentenplan / aktuelle Diagnosen / bei Bedarf: Abtretungserklärung / Beschluss über freiheitsentziehende Maßnahmen

Ort / Datum

Unterschrift Pflegeeinrichtung

Unterschrift Patient / Gast / Bewohner / Betreuer

Hinweis

Vorsorglich weisen wir daraufhin, dass eine Einstufung in einen Pflegegrad vor dem Ersteinsatz / Tagespflegebesuch / Heimeinzug von großem finanziellem Vorteil für Sie ist. Bei vollstationärer Pflege bitten wir Sie, falls erforderlich, vor Heimeinzug einen Antrag auf Kostenübernahme der ungedeckten Heimkosten bei Ihrem zuständigen Sozialamt zu stellen, da sonst eine Heimaufnahme nicht möglich ist. Für die Kurzzeitpflege bitten wir Sie, Ihren Aufenthalt frühzeitig zu reservieren. Senden Sie uns dazu bitte die unterschriebene Reservierungsbestätigung zurück. Gerne führen wir mit Ihnen ein kostenloses und umfassendes Erstgespräch über alle Leistungen der Pflegeversicherung und unterstützen Sie bei allen Formalitäten und Anträgen. Bitten sprechen Sie uns einfach an. Selbstverständlich behandeln wir Ihre persönlichen Daten gem. DSGVO absolut vertraulich.