

ERSTGESPRÄCH

vollstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege

Tel.: 0 24 35 / 98 96 0

www.pflege-lebensfreude.de



vollstationäre Pflege: Einzug am __.__.20__ Kurzzeitpflege vom __.__. bis __.__.20__

Persönliche Daten des Interessenten (Bewohner / Pflegebedürftiger):

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

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

Familienstand: _____ Staatsangeh.: _____ Konfession: _____

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

Beihilfe: nein ja, in ____% Ges. Betreuung: ja nein Vorsorgevollmacht: ja nein

Angehöriger / gesetzlicher Betreuer (Hauptansprechpartner):

Vorname: _____ Nachname: _____ Beziehung: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: ____ / _____ Tel-Nr.: _____

Email: _____ Eigenanteilsrechnung an: Bewohner Angehörige/Betreuer

Ansprechpartner nur für Vertretungszeiten (bei Krankheit/Urlaub des Hauptansprechpartners):

Vorname: _____ Nachname: _____ Beziehung: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: ____ / _____ Tel-Nr.: _____

Arztkontakte:

Hausarzt: _____ in: _____ Facharzt: _____ in: _____

Zimmerart: (gilt nur für vollstationär) EZ standard EZ mit Balkon/Terrasse Doppelzimmer

Zusatzleistungen: Internet / Telefon Pflegeartikel Kioskartikel Apotheke/Medikation

Barbetragkonto Fußpflege, Intervall: ____ Friseur, Intervall: ____ eig. Rollator eig. Rollstuhl

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

Bewohnerpost: in den Briefkasten des Bewohners kostenpfl. Übersendung an Angeh./Betreuer

Eigenanteilsrechnungen von Apotheke usw.: über Barbetragkonto Rechnung an Angehörige

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

Fixierung Diabetes Mellitus Blasenkatheter Beatmung MRSA Dekubitus PEG

Allergien: keine ja: _____ Tracheostoma vollst. Immobilität

Sind Sie schon einmal gestürzt? ja nein Selbst- oder Fremdgefährd? ja nein

starker Bewegungsdrang? ja nein nächtl. Unruhe? ja nein

Ort / Datum

Unterschrift Pflegeeinrichtung

Unterschrift Pflegebedürftiger / Bewohner / Betreuer

Wir benötigen Kopien der folgenden Unterlagen: Pflegeeinstufungsbescheid, aktueller Medikamentenplan, Diagnosen, bei Bedarf: Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung, Abtretungserklärung, Beschluss FEM