

ERSTGESPRÄCH für vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder Pflegeberatung nach § 37.3

stationäre Pflege: Einzug am _____.____.20__ Kurzzeitpflege vom _____.____. bis _____.____.20__
 Pflegeberatung (§ 37.3 Beratungsbesuch) ja nein, Ich erhalte amb. Pflege / Beratung wird anderweitig durchgeführt.

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 in Vertretungszeiten (Krankheit/Urlaub):

Vorname: _____ Nachname: _____ Beziehung: _____
 Straße: _____ PLZ / Ort: ____ / _____ Tel-Nr.: _____

Arztkontakte:

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

Zimmerart: 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