

Erstgespräch

Datum: _____

Mitarbeiter: _____

Teilnehmer _____

Persönliche Daten

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse + Etage: _____

Telefonnummer: _____

Staatsangehörigkeit: deutsch
zum ankreuzen _____

Religion: ohne
zum ankreuzen evangelisch
 röm.-kathl.

Familienstand: verheiratet
zum ankreuzen verwitwet
 ledig

Kostenträger

Krankenkasse: AOK Plus
 IKK
 Barmer
 Selbstzahler

Versicherungsnummer _____

Zuzahlungsbefreiung? ja nein

Pflegegrad besteht? 1 2 3 4 5
 keiner beantragt

... seit wann? _____

Leistungsart Pflegegeld
 Pflegesachleistung
 Kombinationsleistung

Wohnsituation

allein lebend
wohnend mit: Ehemann/-frau

Haustier: _____
Zeitungsabo: _____

Beschreibung: _____

sonstiges

Patientenverfügung: ja Notar
zum ankreuzen zu Hause

 nein

Vorsorgevollmacht: ja Notar
zum ankreuzen zu Hause

 nein

Betreuung: ja nein
zum ankreuzen

Angehörige

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Verhältnis: _____

weitere Angehörige

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Verhältnis: _____

ärztliche Diagnosen/ Beeinträchtigungen

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Demenz	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Angststörungen	<input type="checkbox"/>	arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Grauer Star	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Allergien nein
 ja -> welche? _____

Hilfsmittel

Brille	<input type="checkbox"/>	vorhanden:		Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Inkontinenzwindel/hose	<input type="checkbox"/>
Gehstock	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	Kompress.strümpfe	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	Badewannensitz	<input type="checkbox"/>	Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/>	Zahnprothese oben	<input type="checkbox"/>
		suprap Katheter	<input type="checkbox"/>		

Ärzte

Hausarzt: _____
Telefonnummer: _____

Fachärzte: _____

Dienstleistung

Hausnotruf: ja nein gewünscht
Anbieter _____

Essen auf Rädern: ja nein gewünscht
Anbieter _____

Fußpflege: ja nein gewünscht
Anbieter _____

Therapeuten: ja nein
wer? _____

Leistungen

Behandlungspflege:

Grundpflege:

Hauswirtschaftl. Leistung:

Tätigkeit	Häufigkeit
<input type="checkbox"/> Reinigung	_____
<input type="checkbox"/> Einkauf	_____

zeitliche Angaben/Einschränkungen

Versorgungsbeginn ab: _____

Schlüssel hinterlegung: ja nein

Rechnungsempfänger: Klient
