

**Datum:** 
**Versorgungsbeginn:** 
**Bereich:**

**Persönliche Angaben**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet

Konfession:  evang.  kathol.  keine

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

Pflegegrad: genehmigt:  1  2  3  4  5  beantragt  Höherstufung beantragt  
 Beantragung/Umstellg.:  Kombileistung  teilstationär  stationär

Betreuungsleistung:  125,- €  verfügbar  beantragt

**Derzeitiger Aufenthalt:**  zu Hause  bei Angehörigen  Krankenhaus  Kurzzeitpflege

**Angehörige/Ansprechpartner**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Betreuer/ Vorsorgeberechtigter**  nein  ja  durch Vollmacht  gerichtlich bestellt

Wenn ja:  
 Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift/ Telefon: \_\_\_\_\_

**Finanzielle Beratung erfolgt:**  nein  ja

**Finanzierung gesichert durch:**  Rente  Eigenkapital/Angehörige  Sozialamt\*  
\*Die Kostenverpflichtungserklärung  liegt bei  ist beantragt  muss beantragt werden

**Keim vorhanden:**  nein  ja \_\_\_\_\_

**Allergien/Unverträglichkeiten:**  nein  ja \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Kooperationsfähig:  ja  nein  eingeschränkt

<b>Orientierung</b>	normal	eingeschränkt	sehr eingeschränkt	keine
örtlich				
Person				
zeitlich				
situativ				
<b>Kommunikation</b>				<b>Hilfsmittel</b>
Sprache				
Hörvermögen				
Sehvermögen				

**Mobilität/Hilfebedarf**

- |  |   |                                      |  |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sturzgefährdung | <input type="checkbox"/> noch nie gestürzt        | <input type="checkbox"/> 1x gestürzt | <input type="checkbox"/> mehrfach gestürzt     |
| <input type="checkbox"/> mobil           | <input type="checkbox"/> eingeschränkte Mobilität |                                      | <input type="checkbox"/> komplette Immobilität |

Vorhandene Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Badelifter
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Benötigt Hilfe beim:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Aufstehen/hinlegen				
An- und Auskleiden				
Mahlzeiten				
Benutzen der Toilette - - damit verbundene Körperpflege				
Gehen				
Treppensteigen				

**Persönliche Bemerkung:**

--

**Sonstige pflegerelevante Versorgung**

- |                                     |                                    |                                      |  |   |                               |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|-------------------------------|
| Dekubitus vorhanden:                | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          | Grad: <input type="checkbox"/> I                 | <input type="checkbox"/> II                                 | <input type="checkbox"/> III  |
| Wundversorgung:                     | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          | Versorger: _____                                 |   |                               |
| Kontrakturen (diagnostiziert)       | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          | Versorger: _____                                 |   |                               |
| Ernährung (PEG):                    | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          | Versorger: _____                                 |   |                               |
| Stomaversorgung:                    | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          | Versorger: _____                                 |   |                               |
| Ausscheidung:                       | <input type="checkbox"/> kontinent | <input type="checkbox"/> inkontinent | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter           | <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter Ch.: _____ |                               |
| Tracheostoma:                       | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          |  |   |                               |
| O2 Gabe:                            | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          | Menge: _____ l/h                                 |   |                               |
| Hausnotruf nötig:                   | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          | vorhanden/weitergeleitet:                        | <input type="checkbox"/> ja                                 | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlüssel werden benötigt:          | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          |  |   |                               |
| Kostenvoranschlag ausgehändigt:     | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja, für     | <input type="checkbox"/> ambulant                | <input type="checkbox"/> teilstationär                      |                               |
| Anlagen Pflegevertrag ausgehändigt: | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          | <input type="checkbox"/> mit Unterschrift zurück |   |                               |
| Preisliste SGB XI ausgehändigt:     | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          |  |   |                               |
| Preislisten stationär ausgehändigt: | <input type="checkbox"/> nein      | <input type="checkbox"/> ja          |  |   |                               |

Weitere anwesende Personen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungsempfängers/Vertreter

Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Ersteller