

**vollstationäre Pflege**   

**Kurzzeit-/Verhinderungspflege**   

Zeitraum:.....

**bereits** in Anspruch genommene Tage:.....

**Name:**.....**Vorname:**.....

Geb.:.....Ort:.....Geb.-Name:.....

Anschrift:.....Fam.-Stand:.....

.....Konfession:.....

zurzeit:     zu Hause

vollstationäre Pflegeeinrichtung; Einzugsdatum:.....

Krankenhaus/Reha, voraus. Entlassungsdatum:.....

**Hausarzt:**.....**Betreuer:**.....

Anschrift:.....Anschrift:.....

Telefon:.....Telefon:.....

**Angehörige:**.....**Verwandtschaftsgrad:**.....

Adresse:.....

Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein                      **Prioritätsstufe:**.....

Tel.: / E-Mail:.....

**Angehörige:**.....**Verwandtschaftsgrad:**.....

Adresse:.....

Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein                      **Prioritätsstufe:**.....

Tel.: / E-Mail:.....

**Pflegegrad:**     1             2             3             4             5

Eilbegutachtung                       Höherstufung beantragt, am:.....

**Kranken-/Pflegekasse:**.....

Versicherungsnummer:.....

Wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen/beantragt?     Ja                       Nein

Inkontinenzverordnung (wenn ja, alten Anbieter kündigen!)     Ja                       Nein

Zuzahlungsbefreiung für das laufende Jahr?                       Ja                       Nein

**Größe:** ..... **Gewicht:** ..... **Gewichtstendenz im letzten halben Jahr:** .....

<b>Selbstständigkeit</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)					<b>Fähigkeit ist</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)				
	selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig		Vorhanden unbefähigt	Größtenteils vorhanden	Im geringen Maße vorhanden	Nicht vorhanden
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Örtliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mund und Zahnpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zeitliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erinnern an wesentliche Ereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen einer Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstehen von Sachverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz von Inkontinenzmaterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positionswechsel im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mitteilen von Bedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umsetzen in Stuhl oder Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Häufigkeiten psychischer Bedarfslagen</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)					<b>Vorhandene Hilfsmittel</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)				
	Nie oder sehr selten	Selten ein- dreimal innerhalb von zwei Wochen	Häufig zwei- mehrmals wöchentlich	täglich	Rollator <input type="radio"/>				
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rollstuhl <input type="radio"/>				
Nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gehhilfe <input type="radio"/>				
Abwehr von pflegerischen Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Brille <input type="radio"/>		Hörgeräte <input type="radio"/>		
Wahnvorstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnersatz <input type="radio"/>				
Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vollprothese <input type="radio"/>		Teilprothese <input type="radio"/>		
Weglaufgefahr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Weiteres:</b>				

**Bekannte Diagnosen:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Allergien/ Unverträglichkeiten:**

.....

Datum:.....

Unterschrift:.....

**Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung der erhobenen Daten bis auf Widerruf ein.**