

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Derzeitiger Wohnort: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Angehörige(r)/Vertrauensperson

Name: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

### Betreuer/Betreuerin/Bevollmächtigte Person

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Betreuung / Vollmacht für:  Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  
 Vermögensverwaltung  Post  
 Behördenangelegenheiten

### Medizinische Daten

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Vers.nummer: \_\_\_\_\_  
Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Diagnosen: \_\_\_\_\_

Pflegerelevante Vorgeschichte/Krankheitsverlauf: \_\_\_\_\_

Liegt eine Patientenverfügung vor:  Ja  Nein

**Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB** liegt vor:  Ja  Nein  Beantragt

Behandelnder Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

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

Facharzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

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

**Bestehen folgende pflegebedingte Phänomene?**

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche/Grad?	
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?	
Wunden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche? Lokalisation:	

Liegen **ansteckende Krankheiten** vor?  Ja  Nein

<input type="checkbox"/>	Covid 19	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	
<input type="checkbox"/>	TBC	
<input type="checkbox"/>	Krätze	
<input type="checkbox"/>	Chlostridium difficile	
<input type="checkbox"/>	MRSA	Welcher Keim? _____
<input type="checkbox"/>	MRGN	Lokalisation: <input type="checkbox"/> Nase, Rachen <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Sputum/Trachealsekret Sanierung eingeleitet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Der Nachweis der vollständigen Covid-Impfung bzw. Genesenennachweis liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegen fremd- oder selbstverletzende Verhaltensweisen vor? Wenn ja, bitte beschreiben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Abrechnungsbezogene Daten**

Übernimmt die aufzunehmende Person die Kosten selbst?  Ja  Nein

Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

Ggf.: Sozialamt/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

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

Kostenübernahme beantragt?  Ja, am \_\_\_\_\_  Nein

Ggf.: Ist die Genehmigung zur Tagesstruktur/Tagesförderstätte vorhanden?  Ja  Nein

**Biographische Daten**

Kindheit verlebt in: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Berufstätig als: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Bezugspersonen: \_\_\_\_\_ Partnerschaft: \_\_\_\_\_

Gibt es besonders prägende Ereignisse: \_\_\_\_\_

Hobbies/aktuelle Beschäftigungswünsche: \_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit:  Ja: \_\_\_\_\_  Nein

Ist Kontaktaufnahme mit einem Seelsorger im Sterbefall gewünscht?  Ja  Nein

Gibt es Wünsche bezüglich eines Beerdigungsinstituts? \_\_\_\_\_

Sonstige biographische Angaben/Wünsche:

**Werden folgende Hilfsmittel mitgebracht?**

Rollator	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unterarmstützen/Stock	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Weichlagerungsmatratze	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Brille	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hörgerät	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges			

**Wie erfolgt der Umgang mit der Wäsche?**

privat

über Einrichtung (hausintern)

**Welche Kostform wird benötigt?**

<input type="checkbox"/> Diätkost	<input type="checkbox"/> Hochkalorische Kost	<input type="checkbox"/> leichte Vollkost
<input type="checkbox"/> passierte Kost	<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Vegetarisch
<input type="checkbox"/> ohne Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Sonstiges/Ernährungsbedingte Besonderheiten:	

**Wünschen Sie eine Besichtigung vorab?**

Ja  Nein

**Sonstige Anmerkungen/ Hinweise:**

**Diese Anfrage gilt für:**

**Psychiatrische Langzeitpflege auf dem offenen Bereich**

**Psychiatrische Langzeitpflege auf dem geschlossenen Bereich**

**Kurzzeitpflege auf dem offenen Bereich**

**Aufnahmebogen erstellt am:** \_\_\_\_\_ **von:** \_\_\_\_\_