

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

Derzeitiger Wohnort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Angehörige(r)/Vertrauensperson

Name: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-mail: _____

Betreuer/Betreuerin/Bevollmächtigte Person

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-mail: _____

Betreuung / **Bitte Kopie des Betreuerausweises oder**
Vollmacht: **Vollmacht beifügen!**

Medizinische Daten

Krankenkasse: _____

Vers.nummer: _____

Pflegekasse: _____

Pflegegrad: _____ Diagnosen: _____

Pflegerelevante Vorgeschichte/Krankheitsverlauf: _____

Liegt eine Patientenverfügung vor: ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, bitte Kopie am Aufnahmetag mitbringen.

Unterbringungsbeschluss nach § 1831 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"/>	Hepatitis A
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	Hepatitis C
<input type="checkbox"/>	TBC
<input type="checkbox"/>	Krätze
<input type="checkbox"/>	Clostridioides difficile
<input type="checkbox"/>	MRSA
<input type="checkbox"/>	MRGN

Welcher Keim? _____

Lokalisation: ☐ Nase, Rachen ☐ Wunde

☐ Haut

☐ Sputum/Trachealsekret

Sanierung eingeleitet?

☐ Ja ☐ Nein

Liegen fremd- oder selbstverletzende Verhaltensweisen vor?

Wenn ja, bitte beschreiben:

☐ Ja ☐ Nein

Abrechnungsbezogene Daten

Übernimmt die aufzunehmende Person die Kosten selbst? ☐ Ja ☐ Nein

Rechnungsanschrift: _____

Ggf.: Sozialamt/Aktenzeichen: _____

Anschrift/Telefon: _____

Kostenübernahme beantragt? ☐ Ja, am _____ ☐ Nein

Nur für Eingliederungshilfe: Ist ein Antrag zur Tagesstruktur/Tagesförderstätte gestellt? ☐ Ja ☐ Nein

Biographische Daten

Kindheit verlebt in: _____

Ausbildung/Berufstätig als: _____

Kinder: _____

Bezugspersonen: _____ Partnerschaft: _____

Gibt es besonders prägende Ereignisse: _____

Hobbys/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)

