

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"/> | Kräuze |
| <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)

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: | |

Diese Anfrage gilt für:

- Psychiatrische Langzeitpflege auf dem offenen Bereich
 - Psychiatrische Langzeitpflege auf dem geschlossenen Bereich
 - Eingliederungshilfe

Sonstige Anmerkungen/ Hinweise:

Aufnahmebogen erstellt am: _____ **von:** _____