

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 / 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 § 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"/>	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"/>	Clostridioides 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: _____
 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
- Kurzzeitpflege auf dem offenen Bereich
- Eingliederungshilfe

Sonstige Anmerkungen/ Hinweise:

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