

Patientendaten	
Name	
Vorname	
Straße	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Geburtsname	
Familienstand	
Konfession	
Telefon	
Mobil	
E-Mail	
Krankenkasse	
Mitgliedsnummer	
Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angehörige	1. Angehöriger	2. Angehöriger
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Mobil		
E-Mail		
Verwandtschaftsverhältnis		

Pflegegrad	
Pflegegrad vorhanden?	Pflegegrad: _____ seit wann: _____

Hausarzt	
Name	_____
Straße	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon	_____

Spezialist/Facharzt	
Fachrichtung	_____
Name	_____
Straße	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon	_____

Persönliche Daten	
Größe (cm)	_____
Gewicht (kg)	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Pflegehilfsmittel	

Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Produkt: _____	

Hausnotruf	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Produkt:		

Hautzustand	Hautverletzungen (mit Körperstellen)
Allergien/Unverträglichkeiten	Ansteckende Erkrankungen (z.B. MRSA usw.)

Diagnosen

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
---------------------------	------------------------------------	--

Besteht eine Betreuung	
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> eingeschränkt über:
Kontaktdaten des Betreuers	
Nachweis über Betreuung	<input type="checkbox"/> ausgehändigt <input type="checkbox"/> nicht ausgehändigt

Medikation (Tabletten/Kapseln)				
Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Tropfen				
Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Spritzen				
Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Salben				
Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Schlüssel	
Schlüssel an Pflegedienst ausgehändigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anzahl nachgemachte Schlüssel: _____	

Krankenleistung vom Pflegedienst zu erbringen, nach Anordnung des Arztes	
Leistung	Häufigkeit
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich

Pflegeleistung vom Pflegedienst zu erbringen	
Leistung	Häufigkeit
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich
	___ täglich/___ wöchentlich

Auf der Grundlage dieses Gespräches wird ein Kostenvoranschlag in Verbindung mit dem Pflegevertrag erstellt und an Sie weitergeleitet.

Wo befindet sich der/die Klient/in beim Eintreffen des/der Mitarbeiter/in	
Wo befinden sich die notwendigen Utensilien	
Für die Körperpflege	
Für die Krankenleistung	
Für die Hauswirtschaft	
Wo befindet sich die Kleidung?	
Wo befindet sich die Abwurfmöglichkeit für	
Inkontinenzartikel	
Verbandsstoffe	
Wäsche	
Bevorzugte Apotheke?	
	<input type="checkbox"/> Konto vorhanden <input type="checkbox"/> Konto nicht vorhanden

Was der Pflegedienst noch unbedingt wissen sollte ...

Erfasst am

Erfasst durch

Klient/in und/ oder Betreuer/in