

Interessentenbogen

Datum der Anfrage: _____

Vorsorgliche Anmeldung

Dringende Anmeldung

Persönliche Daten des Interessenten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsname:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Krankenkasse:

KV Nummer:

Ausweis gültig bis:

Personalausweis Nr.:

Ausweis gültig bis:

Wohnort:

PLZ:

Straße und Hausnummer:

Telefon:

Bemerkungen:

Langzeitpflege:

Kurzzeitpflege:

Voraussichtlicher Einzugstermin:

Hausarzt (Name und Anschrift):

Liegt ein Pflegegrad vor

Nein

Ja

1 2 3 4 5

Erster Ansprechpartner

Name:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ:

Telefon tagsüber:

Telefon abends:

E-Mail:

Derzeitiger Aufenthalt des Interessenten

- Zuhause
- Krankenhaus bis zum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Reha bis zum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Bei Angehörigen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Andere Pflegeeinrichtung

Informationen zum Ist-Zustand

- Liegt eine **Demenz** vor? Ja Nein
- Besteht eine Weglauftendenz? Ja Nein
- Besteht herausforderndes Verhalten? Ja Nein

Bemerkungen:

-
- Immobilität** Ja Nein
- Lagerung / Hilfe beim Drehen erforderlich? Ja Nein

Bemerkungen:

-
- Teilweise mobil** Ja Nein
- Wird ein Hilfsmittel zum Gehen genutzt? Ja Nein

Bemerkungen:

-
- Zustand nach **Schlaganfall** Ja Nein

Bemerkungen:

-
- Künstliche Ernährung** erforderlich Ja Nein
- Bestehen Schluckbeschwerden? Ja Nein
- Ist Hilfe bei der oralen Nahrungsaufnahme erforderlich? Ja Nein
- Hilfsmittel? Ja Nein

Bemerkungen:

-
- Suchterkrankung** liegt vor Ja Nein

Bemerkungen:

Wachkoma Ja Nein

Bemerkungen:

Teilweise **aggressives Verhalten** Ja Nein

Verbal oder tätlich (körperlich)? Ja Nein

Bemerkungen:

Harninkontinenz Ja Nein

Vorlagen / Blasenverweilkatheter? Ja Nein

Benötigen Sie Hilfe beim
Toilettengang? Ja Nein

Hilfsmittel (Toilettenstuhl...) Ja Nein

Bemerkungen:

Stuhlinkontinenz Ja Nein

Spürt den Stuhldrang? Ja Nein

Durchfälle oder Obstipation? Ja Nein

Bemerkungen:

Dekubitus liegt vor Ja Nein

Sonstige Wunden? Ja Nein

Bemerkungen:

Raucher Ja Nein

Bemerkungen:

Wird Hilfe bei der **Körperpflege**
benötigt? Ja Nein

Hilfsmittel Ja Nein

Wird Hilfe beim Kleiden benötigt?
 Ja Nein

Bemerkungen:

Größe in cm:

Gewicht:

Ja Nein

Erfolgte in den letzten Wochen /
Monaten eine Gewichtsabnahme?

Bemerkungen:

Vorhandene Hilfsmittel

- Rollator
 - Rollstuhl
 - Antidekubitus-Matratze
 - Bettverlängerung
 - Inkontinenzmaterial
-

Heimpflegebedürftigkeit liegt vor

Der Bescheid über den aktuellen
Pflegergrad liegt vor

- Ja Nein
 - ist im Krankenhaus beantragt
 - Ist beantragt vom Bewohner/Angehörigen
-

Der Bescheid der Pflegekasse über
die vollstationäre Aufnahme liegt vor

- Ja Nein

Wird oder wurde ein Sozialhilfeantrag
gestellt?

- Ja Nein
-

Kostenübernahme für die anfallenden
Kosten

- der Bewohner selbst
 - der Vollmachtinhaber
 - der Betreuer
-

Die Angelegenheiten für den Bewohner
regelt

- der Bewohner selbst
 - der Vollmachtinhaber
 - der Betreuer
-

Unterbringungswunsch

- Wohnbereich EG mit Terrasse
 - Wohnbereich Etage mit Balkon
-

keine besonderen Wünsche

Auf Empfehlung durch

Persönliche Empfehlung durch

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Internet

Sozialdienst Krankenhaus

Werbung

Zeitung

Sonstige

Wünschen Sie einen Informations- und Beratungstermin Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die personenbezogenen Daten dieses Interessentenbogens zum Zwecke der Datenerhebung von der DRK Seniorenpflegeheim Eichenhöhe Wolkenhauer-Bahr gGmbH verwendet werden dürfen. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und können nach Anfrage jederzeit aus unserem System gelöscht werden.

Hamburg, den _____

Unterschrift