

## Ambulanter Pflegedienst - Fred Besier

- Feldstr. 16 - 65375 Oestrich-Winkel - Tel. (06723) 88 98 88 -



Erstgespräch /  Stammblatt

Seite: 1 von 3

Persönliche Daten				Kassendaten				Datum:	Hz:
Name		Geschlecht:		Versicherter		<b>Medizinische Diagnosen</b>			
		<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.							
Geburtsname				Geb.-Datum				<b>D1</b>	
Vorname		Geb.-D.		Vers.-Nr.		Status			
Straße				Krankenkasse				<b>D2</b>	
PLZ/Wohnort				Pflegekasse					
Telefon/Mobil				Pflegestufe aktuell	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<b>D3</b>	
Familienstand		Konfession		Pflegestufe beantragt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
Staatsangehörigkeit				am:				<b>D4</b>	
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Wohnung Miete <input type="checkbox"/> Eigenheim Wohnung/Haus			Beihilfe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Rezeptbefreiung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Stockwerk: _____ <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> in der Familie lebend <input type="checkbox"/> Tagespflege								<b>D5</b>
Sprache	deutsch: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen andere:								
Haustiere				<b>Leistungsumfang SGB</b>				<b>D6</b>	
<b>Bezugspersonen</b>				<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung					
Soziale Rolle				<input type="checkbox"/> Kombileistung <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe					<b>D7</b>
Name				<input type="checkbox"/> <b>Betreuungsleistung nach § 45b SGB XI</b>					
Straße				<input type="checkbox"/> Grundbetrag <input type="checkbox"/> erhöhter Betrag					<b>D8</b>
Wohnort				<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege					
Telefon				<input type="checkbox"/> Selbstzahler					<b>D9</b>
Mobil				<input type="checkbox"/> SGB XII <input type="checkbox"/> SGB V					
Hausarzt:				Facharzt:					
Facharzt:				Facharzt:					
Hier genannte Schlüssel wurden an den Pflegedienst übergeben:				Unterschrift PD:			Schlüssel zurückgegeben am:		
<input type="checkbox"/> Haustür <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Kombiniert Haustür/Wohnung <input type="checkbox"/> Briefkasten				Unterschrift Patient:			Unterschrift Patient:		

Status: <input type="checkbox"/> 1 = Versicherungspflichte(r) /-berechtigte(r)	<input type="checkbox"/> 3 = familienversichert	<input type="checkbox"/> 5 = Rentner
--	---	--------------------------------------

## Ambulanter Pflegedienst - Fred Besier

- Feldstr. 16 - 65375 Oestrich-Winkel - Tel. (06723) 88 98 88 -



Erstgespräch /  Stammblatt

Seite: 2 von 3

Gesetzliche Betreuer/in		Hilfsmittel		Pflegerrelevante Besonderheiten	
Name		<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen		Allergie(n) <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> bekannt:	
Straße		Hörgerät <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts			
Wohnort		Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten			
Telefon		Armprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		<input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Insulinpflicht	
Mobil		Beinprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		Ernährungszustand: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie	
<b>Wirkungskreis</b>	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		Allgemeinzustand: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Behördengänge	Typ		<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Marcumarisierung <input type="checkbox"/> Dekubitus
			<input type="checkbox"/> Stützkorsett		<input type="checkbox"/> Wunde:
			Weitere Hilfsmittel /Eigentümer		
<b>Vertretung gesetzliche/r Betreuer/in</b>		1 = Krankenkasse 2 = Pflegedienst		<input type="checkbox"/> DK/SPK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Anus Praeter	
Name		3 = Patient	Eigentümer	<b>Aufnahme / Erstgespräch / Pflegevertrag</b>	
Telefon		<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl		Anwesende Personen:	
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<b>Aufbewahrungsort</b>	<input type="checkbox"/> Gehstütze(n)			
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung		<input type="checkbox"/> Rollator			
<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen</b>		<input type="checkbox"/> Gehstock		Erstgespräch am	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Gurt <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Bremse Rollstuhl		<input type="checkbox"/> Rollstuhl		Geführt von	
<input type="checkbox"/> mit Einwilligung des Patienten / Unterschrift:		<input type="checkbox"/> Pflegebett		Vertragsbeginn	
<input type="checkbox"/> richterlicher Beschluss vom:				Kostenvoranschlag am	
<b>Pflegeunterbrechung</b>		<b>ergänzende Hilfen</b>			
bis		<input type="checkbox"/> Menüservice:		Tel.-Nr.	
bis		<input type="checkbox"/> Hausnotruf:		Tel.-Nr.	
bis		<input type="checkbox"/> Sanitätshaus:		Tel.-Nr.	
bis		<input type="checkbox"/> Fußpflege:		Tel.-Nr.	
bis		<input type="checkbox"/> Friseur:		Tel.-Nr.	
bis		<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie			

