

Anfragebogen Kurzeitpflege/ Langzeitpflege



Anfragedatum:

(Wunsch)- Einrichtung

<input type="checkbox"/> CSH Henricus Stift Südlohn	<input type="checkbox"/> Haus Mutter Theresa Stadtlohn (nur KZP)	
<input type="checkbox"/> CSH Holthues Hoff Ahaus	<input type="checkbox"/> CSH Heinrich- Albertz- Haus Ahaus	
<input type="checkbox"/> CSH St. Friedrich Ahaus- Wessum	<input type="checkbox"/> CSH St. Ludgerus Heek	<input type="checkbox"/> CSH City Wohnpark Gronau

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von:	bis:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer/ Nr.
<input type="checkbox"/> Langzeitpflege	Der Platz wird benötigt ab:		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer/ Nr.

Aktueller Aufenthaltsraum <small>evtl. im Krankenhaus/ zu Hause/ bei Angehörigen/ im Pflegeheim</small>
--

Persönliche Stammdaten

Vorname		Name	
Geburtsname		Familienstand	
Geburtsdatum		Konfession	
Straße/ Hausnr.		Geburtsort	
Postleitzahl		Telefon	
Ort		E-Mail	
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger		Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Angaben zu Krankenkasse/ Pflegekasse

Kranken/ Pflegekasse		Versicherungsnummer	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt/ nicht bekannt

Angaben zu bevollmächtigten Person/ Betreuer/in

<input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person	<input type="checkbox"/> Betreuer/ in
<input type="checkbox"/> Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Beschluss vom Amtsgericht vorhanden

Vorname		Name	
Straße/ Hausnr.		Beziehung	
Postleitzahl		Telefon privat	
Ort		Mobil	
E-Mail		Telefon dienstl.	
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger			

Angaben zu (weiteren) Angehörigen/ Bezugspersonen

Vorname		Name	
Straße/ Hausnr.		Beziehung	
Postleitzahl		Telefon privat	
Ort		Mobil	
E-Mail		Telefon dienstl.	
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger			

Anfragebogen Kurzzeitpflege/ Langzeitpflege



Finanzierung der Kurzzeitpflege

- Kurzzeitpflege
 Verhinderungspflege
 Entlastungsleistungen
 Privat

Finanzierung der Langzeitpflege

- Langzeitpflege
 Kurzzeitpflege n. § 39c SGB XI
 Sozialhilfe
 Beihilfe
 Privat

Angaben zur medizinischen und pflegerischen Versorgung

Hausarzt		Diagnosen	
Konsilärzte			
Allergien/ Unverträglichkeiten			

Werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst versorgt? nein ja Von welchem?

Besuchen Sie eine Tagespflege? nein ja Welche?

(Pflege)-hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Lagerungsmaterial	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> Gehilfe/ Stock	<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze	<input type="checkbox"/> Orthesen/ Prothesen
<input type="checkbox"/> Sondenkost	Sonstige:		

Aktueller Unterstützungs- Hilfebedarf/ Verhalten

z.B. Unterstützungsbedarf beim Essen und Trinken, bei der Grundpflege, bei dem Gang zur Toilette, bei der Fortbewegung etc.

Anmerkungen/ Besonderheiten
