

Personeninformationsbogen

- Tagespflege im Park – gerontopsychiatrischer Bereich Tagespflege am Teich – integrativer Bereich
 Tagespflege im Park – somatischer Bereich Tagespflege an der Falkenstraße – integrativer Bereich

Klientendaten

Name, Vorname			
Adresse:		Telefonnr.:	
PLZ:		Fax-Nr.:	
Ort:		Geb.-Dat.:	
Geb.-Name:		Konfession:	
Geb.-Ort:		Nationalität:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> lebt allein		<input type="checkbox"/> lebt mit:

Gewünschte Besuchstage der Tagespflege

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
<input type="checkbox"/>					

Kontaktpersonen

1. Angehöriger

Verwandtschaftsgrad:

Name, Vorname			
Adresse:		Tel. privat:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
PLZ:		Tel. beruf.:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
Ort:		Mobil:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
E-Mail:		Fax-Nr.:	
Benachrichtigung im Notfall und bei Besonderheit		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

2. Angehöriger

Verwandtschaftsgrad:

Name, Vorname			
Adresse:		Tel. privat:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
PLZ:		Tel. beruf.:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
Ort:		Mobil:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
E-Mail:		Fax-Nr.:	
Benachrichtigung im Notfall und bei Besonderheit		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

3. Angehöriger

Verwandtschaftsgrad:

Name, Vorname			
Adresse:		Tel. privat:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
PLZ:		Tel. beruf.:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
Ort:		Mobil:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
E-Mail:		Fax-Nr.:	
Benachrichtigung im Notfall und bei Besonderheit		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Pflegeversicherung

Name der Pflegekasse								
Adresse:		Telefonnr.:						
PLZ:		Fax-Nr.:						
Ort:		Pflegegrad:	∅ <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
KV-Nr:		Pflegegrad seit:						
Tagespflegeantrag gestellt am:		Erstestufung:						

Entlastungsbetrag - §45b SGB XI

<input type="checkbox"/> mtl. 125,00 €	Guthaben in Euro aus Vorjahren oder Monaten	
--	---	--

Beihilfen des Landes o. des Bundes

Beihilfe berechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja, wenn ja unten weiter	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Beihilfestelle		
Adresse:		Telefonnr.:
PLZ:		Fax-Nr.:
Ort:		Beihilfeanspruch: %

Abweichender Rechnungsempfänger für den Eigenanteil

Ist der Gast nicht der Rechnungsempfänger für den Eigenanteil, den Empfänger bitte hier eintragen:

<input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Angehöriger 1
<input type="checkbox"/> ist vorhanden (siehe rechts oder falls abweichend unten)	<input type="checkbox"/> Angehöriger 2
	<input type="checkbox"/> Angehöriger 3
Name. Vorname	
Adresse:	
PLZ:	Ort.:

Gesetzliche Betreuung

Bitte Betreuerausweis oder Bescheid des Amtsgerichtes in Kopie beifügen

<input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> bestellt Angehöriger 1
<input type="checkbox"/> ist vorhanden (siehe rechts oder falls abweichend unten)	<input type="checkbox"/> bestellt Angehöriger 2
<input type="checkbox"/> ist beantragt für (siehe rechts oder falls abweichend unten)	<input type="checkbox"/> bestellt Angehöriger 3

Name, Vorname			
Adresse:		Tel. privat:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
PLZ:		Tel. beruf.:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
Ort:		Mobil:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
E-Mail:		Fax-Nr.:	

Aufgabenkreise der Betreuung:

<input type="checkbox"/> Entscheidung über Heilbehandlungen	<input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden u. Einrichtungen
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> -----
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> -----

Vorsorgevollmacht

Bitte Vorsorgevollmacht in Kopie beifügen

<input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> bestellt Angehöriger 1
<input type="checkbox"/> ist vorhanden (siehe rechts oder falls abweichend unten)	<input type="checkbox"/> bestellt Angehöriger 2
<input type="checkbox"/> ist beantragt für (siehe rechts oder falls abweichend unten)	<input type="checkbox"/> bestellt Angehöriger 3

Name, Vorname			
Adresse:		Tel. privat:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
PLZ:		Tel. beruf.:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
Ort:		Mobil:	
		<input type="checkbox"/> Notfall-Nr.	
E-Mail:		Fax-Nr.:	

Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor? Wenn Ja, bitte Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Personeninformationsbogen

Ambulante Dienste

Name							
Adresse:				Telefonnr.:			
PLZ:				Fax-Nr.:			
Ort:				E-Mail:			
Erbrachte Leistungen des ambulanten Pflegedienstes:							
Leistungen der Pflegeversicherung SGB XI				Leistungen der Krankenkasse SGB V			
<input type="checkbox"/>	Körperpflege			<input type="checkbox"/>	Behandlungspflege (Spritzen, Verbände, Medikamente o.a.)		
<input type="checkbox"/>	Betreuungsleistungen n. § 45b SGB XI						
Inanspruchnahme des Pflegedienstes an folgenden Tagen:							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Physiotherapie / Krankengymnastik

Name, Vorname							
Adresse:				Telefonnr.:			
PLZ:				Fax-Nr.:			
Ort:				E-Mail:			
Erbrachte Leistung der Physiotherapie: kurze Beschreibung der Therapie							

Betreuungsdienst / Ergotherapie / Beschäftigungstherapie

Name, Vorname							
Adresse:				Telefonnr.:			
PLZ:				Fax-Nr.:			
Ort:				E-Mail:			
Erbrachte Leistung der Ergotherapie: kurze Beschreibung der Therapie							
<input type="checkbox"/>	Wird über Betreuungsleistungen n. § 45b erbracht.			mtl. Rechnungsbetrag	ca.		
Inanspruchnahme des Dienstes an folgenden Tagen:							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ärzte

Hausarzt

Name, Vorname			
Adresse:		Telefonnr.:	
PLZ:		Fax-Nr.:	
Ort:		E-Mail:	

Facharzt 1

Name, Vorname			
Fachgebiet:	<input type="checkbox"/> Neurologe <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Urologe	Sonstige Fachrichtung:	
Adresse:		Telefonnr.:	
PLZ:		Fax-Nr.:	
Ort:		E-Mail:	

Facharzt 2

Name, Vorname			
Fachgebiet:	<input type="checkbox"/> Neurologe <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Urologe	Sonstige Fachrichtung :	
Adresse:		Telefonnr.:	
PLZ:		Fax-Nr.:	
Ort:		E-Mail:	

Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor? Wenn Ja, bitte Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

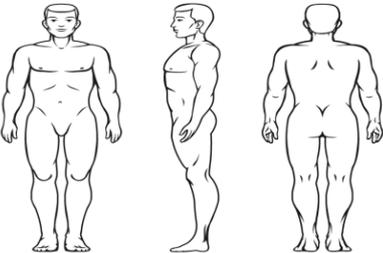
Diagnosen: (Wenn möglich bitte Arztbriefe in Kopie mitgeben)

Bitte geben Sie **unbedingt alle** Erkrankungen und Vorerkrankungen an!

Wir benötigen Ihre Angaben, damit wir im medizinischen Notfall dem Notarzt Auskunft geben können!!

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Der Gast benötigt Hilfe bei

Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Ausfall
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Hörgerät rechts	<input type="checkbox"/> Hörgerät links	<input type="checkbox"/> Hörgerät beidseits	
Sehvermögen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Ausfall
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> nur Lesebrille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	
Gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> keine
Treppen gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Stehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Verlassen der Wohnung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Lagern im Bett	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Aufsuchen/Verlassen des Bettes	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Atmung	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Atemgeräusche
Kreislauf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	
Wärme-/Kälteempfinden	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> friert leicht	<input type="checkbox"/> schwitzt schnell	
Körperpflege/Teilkörperpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Bad / Dusche	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Rasieren / Kämmen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	
Hautzustand	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> schuppig
<input type="checkbox"/> Hautgeschwüre (Ulkus) Wenn ja, rechts:	Wo?			
<input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) Wenn ja, rechts:	Wo?			
<input type="checkbox"/> Hämatom (Bluterguß) Wenn ja, rechts:	Wo?			
Essen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung nötig	<input type="checkbox"/> Anreichen der Nahrung notwendig	
	<input type="checkbox"/> hat Magensonde	Erhält über Sonde:	<input type="checkbox"/> Nahrung	<input type="checkbox"/> Flüssigkeit
Trinken:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> vergisst zu Trinken	<input type="checkbox"/> hat kein Durstgefühl mehr	
	<input type="checkbox"/> Trinkmenge pro Tag	ca. _____ ml		
Verschluckt sich der Gast öfters beim Essen oder Trinken?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Personeninformationsbogen

Kostform:	<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Diabeteskost	<input type="checkbox"/> Schonkost
	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> passierte Kost
Zahnprothese:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur oben	<input type="checkbox"/> nur unten
Körpergröße (evtl. lt. Personalausweis)	<input type="checkbox"/> _____ cm	Aktuelles Gewicht	<input type="checkbox"/> _____KG <input type="checkbox"/> ist nicht ermittelbar
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Urininkontinenz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Einlagen	<input type="checkbox"/> Inkontinenzhosen	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Anus praeter (künstl. Darmausgang)
Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> immer mit Hilfe	<input type="checkbox"/> gelegentlich mit Hilfe
An- und Auskleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Kleidung auswählen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig

Der Gast ist

desorientiert:

<input type="checkbox"/> zeitlich:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> örtlich:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> zur Person:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> situativ:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> dauernd

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> kooperativ/offen	<input type="checkbox"/> unzufrieden
	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> verschlossen

sturzgefährdet:

nein ja, wenn ja bitte kurze Schilderung der Sturzereignisse:

Sturzereignisse:

Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten / Lebensmitteln / Kontaktstoffen? (Falls vorhanden, bitte Allergiepass in Kopie mitgeben)

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wenn ja bitte unten angeben:
Allergiepass liegt vor :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein