

Stammdaten

Datum: _____

Name, Vorname

Geb. am in

Geb. Name

Adresse

Telefon Konfession

Nationalität/Muttersprache

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet seit.....

Derzeitiger Aufenthalt: zuhause Krankenhaus Reha Sonstiges:

Gewünschte Termine **noch offen**

Kurzzeit-/Verhinderungspflege Dauerpflege zum.....bis.....

Wurden Sie bereits bei uns betreut? ja nein

Zimmerwunsch Einzelzimmer Komfortzimmer (gegen Aufpreis)

Pflegegrad unbekannt 0 I II III IV V

Wurde ein Antrag auf Begutachtung gestellt? ja, am nein

Besteht Befreiung von Zuzahlungen? ja nein **(Bitte Karte vorlegen)**

beantragt: ja nein

Versicherungsverhältnisse

Kranken-/Pflegeversicherung besteht bei

Versicherungs-Nr.:

Besteht eine Beihilfe-Berechtigung? ja nein

Wurde bereits eine Kurzzeit-/Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen? ja nein

Ansprechpartner Sohn/Tochter Enkel/in

Name, Vorname

Adresse

Telefon E-Mail.....

Betreuer/Bevollmächtigter Bitte den Betreuer-Ausweis bzw. die Vorsorgevollmacht bei Aufnahme mitbringen

Name, Vorname

Adresse

Telefon E-Mail

Hausarzt

Name, Vorname

Adresse

Telefon

Rechnungsadresse

Name, Vorname

Adresse

Telefon E-Mail f. d. Rechnungsempfang:

Einschätzung zur Person

Orientierung vorhanden: ja teilweise nein
 nächtliche Unruhe Weglauftendenz

Verstehen von Sachverhalten: ja teilweise nein

Sich verständlich machen: ja teilweise nein

Umgang: ungestört teilweise unkooperativ/herausfordernd
 immer unkooperativ

Mobilität: eigenständig nur mit Hilfe immer mit Hilfe

Hilfsmittel: Rollstuhl Rollator
 Sonstiges _____

Persönliche Pflege: eigenständig nur mit Unterstützung nicht möglich

Allergien/Unverträglichkeiten: ja _____ nein

Erschwerung durch: Wunde(n) _____ Infektion: _____

Suchterkrankung (Drogen, Alkohol): ja _____ nein

Lebensabend/Abschied nehmen

Wir tun alles, damit Ihr Angehöriger/die betreute Person mit seinem Lebensabend zufrieden ist. Unter Umständen ist es aber wichtig, weiterzudenken. Wurde bereits einer der folgenden Schritte unternommen?

Besprechen von Wünschen im Todesfall:

Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Vertreterverfügung Patientenverfügung

Unsere Beratungsgespräche sind vertraulich, unentgeltlich (für gesetzlich Versicherte) und individuell auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten.

Ist eine gesundheitliche Vorsorgeplanung erwünscht? ja nein

Datum:

Unterschrift.....
Ggf. Betreuer

Bitte füllen Sie das Formular zur Heimvormerkung vollständig aus und legen Sie einen Arztbrief mit den Diagnosen oder einen Entlassbrief der Klinik bei.
Schicken Sie die Dokumente an folgende Adresse **info@ddh-tiengen.de** oder rufen Sie uns an unter **07741 965650** und vereinbaren Sie mit uns einen Beratungstermin.

Beratungstermin am

bei
