



Anfrage – Voranmeldung Teil 2
Informationen für die Pflege

Für die Vorbereitung Ihres Einzugs benötigen wir für die Pflege von Ihnen folgende Angaben:

Antragsteller	
Name, Vorname	Geburtsdatum

Krankenkasse / Pflegekasse etc.			
Name, Ort		Versicherungsnummer	Bestattungsvorsorge (-vertrag), Wunsch
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad	beantragt am	<input type="checkbox"/> wird beantragt
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis: %	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Rezeptgebühren-Befreiung	

Hausarzt/behandelnder Arzt	
Name, Adresse	Telefon

Pflegerelevante Diagnosen	ansteckende Krankheiten (z. B. welche Erreger)

Orientiertheit (geistige Verfassung)											
Personen erkennen können			Datum und Zeit wissen			wissen wo man ist (welcher Ort)			Hin-/Weglauftendenz		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	
Verhaltensauffälligkeiten											

Selbständigkeit (körperliche Verfassung)					<i>selbst</i> (selbständig ohne Hilfe), <i>teils</i> , <i>keine</i> (ohne eigene Beteiligung)	
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine	Bemerkung		
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> O ₂ -Gerät <input type="checkbox"/> andere:					
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine			
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft		
An- / Ausziehen	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine			
Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine			
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> PEG		

Besonderheiten der aktuellen Wohn- und Pflegesituation (wenn relevant für den Heimplatz)

Diese Daten werden vertraulich behandelt. Ich stimme der Datenverarbeitung durch das Oberhessische Diakoniewerk zu.	
Datum der Anfrage/Voranmeldung	Unterschrift

