

Kundenerstgespräch

Persönliche Daten Pflegende Person

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Geburtsort:
 Telefon: Straße:
 PLZ / Ort:
 Familienstand: Nationalität: Konfession:

Angehörige / Kontaktpersonen

Name und Vorname:
 Telefon: Mobil:
 Verwandtschaftsverhältnis:
 E-Mail:

2. Name und Vorname:
 Telefon: Mobil:
 Verwandtschaftsverhältnis:
 E-Mail:

Kranken- / Pflegeversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung Private Krankenversicherung

Krankenkasse:
 KV-Nr.:

Sind Sie befreit von der Zuzahlung für Heil- und Hilfsmittel? Ja Nein

Haben Sie bereits einen Pflegegrad? PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Nein, Pflegegrade wurde / wird beantragt am:

Wurde eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt? Ja Nein

Haben Sie eine Pflegezusatzversicherung? Ja Nein

Besitzen Sie einen Schwerbehinderten Ausweis? Ja Nein

Hausarzt

Name:
 Anschrift:
 Telefon: Fax:
 E-Mail:

Patientenverfügung / Betreuung / Vollmacht **(Bitte Kopie abgeben für die Akte)**

Patientenverfügung? (Bitte Kopie abgeben für die Akte) Ja Nein

Amtliche Betreuung gem. Gerichtsbeschluss? Ja Nein

Name des Bevollmächtigten / Betreuers:

Anschrift:

Telefon: Mobil:

Fax: E-Mail:

Aufgabenkreis: Gesundheitsorge Aufenthaltsbestimmung
 Vermögenssorge Rechtsangelegenheiten
 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Kostenträger / Finanzierung

Die Kosten für die Pflege und Betreuung werden vollständig aus den Renten und/oder vorhandenem Vermögen beglichen

Rechnungsempfänger:

Renten und/oder vorhandenes Vermögen reichen zur vollständigen Deckung der Kosten nicht aus. Eine Übernahme der Kosten wurde/wird beim Sozialamt beantragt

(Es besteht kein rückwirkender Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe. Der Antrag muss daher rechtzeitig beim Sozialamt eingehen)

Zuständiges Sozialamt:

Ansprechpartner: Datum der Antragsstellung:

Sonstige Informationen

Ab wann soll die Pflege beginnen:

Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Pflegekraft? Ja Nein

Erhält der Pflegedienst einen Schlüssel? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Unterschrift Pflegebedürftige/r

Unterschrift Angehörige/r

Ort, Datum

Unterschrift Pflegefachkraft

**Grobe Abschätzung der Selbstständigkeit und der Abhängigkeit von personeller Hilfe
(nur zutreffende Themenfelder ausfüllen)**

<p>1. Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten</p>	<p>Sprachstörungen, Sehstörungen, Hörstörungen, Hilfsmittel (Brille, Hörgerät), Glasauge, Bewusstseinslage, Gestik, Konzentrationsdefizite, Antrieb</p>
<p>2. Mobilität und Beweglichkeit</p>	<p>Bettlägerigkeit, Transfer, Lagerung, Stehfähigkeit, Sitzfähigkeit, Dekubitus, Ödem, Kontrakturen, Spastik, Paresen, Gleichgewichtsstörungen, Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator), Sturzgefahr, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Prothesen/Extremitäten, Wechseldruckmatratze, Lagerungshilfsmittel</p>
<p>3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen</p>	<p>Angaben zum Pneumonie Risiko, Sucht, Suizidalität, Schluckstörungen, Kontinenz Profil, Sonden/Katheter vorhanden, Einschlafstörung, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Durchschlafstörung, Schlafmittel, Schmerzen, Wunden, Herzschrittmacher, Umgang mit Medikamenten</p>
<p>4. Selbstversorgung</p>	<p>Ernährungszustand, Kostform, Trinkmenge, Kauen, Schlucken, Vorlieben, Abneigungen, Allergien Hautzustand, Hautpflege, Waschen, Duschen/Baden, Haarpflege, Intimpflege, Rasieren, Mund-/Zahnpflege, Zahnprothesen, Kleidungsgewohnheiten, Lieblingskleidungsstücke, Abneigungen, Schuhe, Accessoires, Schmuckstücke, Inkontinenzversorgung, Benutzung der Toilette, Benutzung des Toilettenstuhls, Harnverhalt, Obstipation, Diarrhö</p>
<p>5. Leben in sozialen Beziehungen</p>	<p>Bücher, Zeitschriften, Gesellschaftsspiele, TV, Radio, Gymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Schamgefühl/Akzeptanz andersgeschlechtlicher Pflegepersonen, Verlust des Partners, Zeigen von Gefühlen, Zulassen von Gefühlen, Religion, Angst, Sterben, soziale Kontakte, Bezugspersonen, Isolation, Lebensgefährte/Ehe, Sozialhilfe, Bewältigungsstrategien, prägende Lebenserfahrungen</p>
<p>6. Häuslichkeit</p>	<p>Bisherige Wohnsituation, Einschränkungen</p>
<p>7. Sonstiges</p>	