



# Aufnahmebogen: Pflege Datev-Nr.: \_\_\_\_\_

\*Pflegeart: \_\_\_\_\_

Woher ist Ihnen unser Haus bekannt: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

Anreisezeit: 10:30 Uhr Abreisezeit: \_\_\_\_\_ Zimmerräumung: 09:30 Uhr

Aus anderer Einrichtung: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**\*Ansprechpartner:**

**\*Pflegebedürftige Person:**

\*Name: \_\_\_\_\_

\*Name: \_\_\_\_\_

\*Straße: \_\_\_\_\_

\*Straße: \_\_\_\_\_

\*PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

\*PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

\*Telefon: \_\_\_\_\_

Bundesland/Landkreis: \_\_\_\_\_

\*Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\*Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_

\*Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Mit Betreuung: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Mit Vorsorgevollmacht: \_\_\_\_\_

\*Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Einstufung beantragt am: \_\_\_\_\_

Höherstufung beantragt am: \_\_\_\_\_

\*Sozialhilfe nötig: \_\_\_\_\_

Sozialhilfe beantragt am: \_\_\_\_\_

\*Grundsicherung wird gezahlt: \_\_\_\_\_

Fristwahrungsantrag von BK gestellt: \_\_\_\_\_

Abrechnung nach § 39 in PG-3	Beamter/Privatversichert	Wird mit PFK abgerechnet

\*Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_ **Beihilfeberechtigt:** Ja \_\_\_\_\_ %

\*Straße: \_\_\_\_\_ \*PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

\*Telefon: \_\_\_\_\_ \*Fax: \_\_\_\_\_

\*Vers.Nr: \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreit:

Restbetrag/Tage KZP: \_\_\_\_\_ **VHP:** \_\_\_\_\_

Telefonisch besprochen am: \_\_\_\_\_ **Mit:** \_\_\_\_\_

**Liegt Demenz vor:** Ja    Schreidemenz    Hinläufer    Andere Besonderheiten

**Gast ist desorientiert:** Zeitlich    Örtlich    Situativ    Personenbezogen



Checkliste ausgehändigt: Ja \_\_\_\_\_ Biographiebogen ausgehändigt: Ja

Angehörige/Betreuer sind bei Anreise dabei:

Es werden mitgebracht: O<sub>2</sub>Konzentrator Wechseldruckmatratze Rollstuhl Rollator  
Gehstock Stoma Tracheotoma PEG Katheter Hörgerät Brille Gebiss  
Sonstiges \_\_\_\_\_

\*Größe: \_\_\_\_\_ \*Gewicht: \_\_\_\_\_

\*Blutverdünnende Medikamente: Nein Ja: Marcumar Sonstige \_\_\_\_\_

\*Suchterkrankung liegt vor: Nein Ja: Alkohol Nikotin Sonstige \_\_\_\_\_

Diagnosen/Hilfebedarf des Gastes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grund des Einzuges: \_\_\_\_\_

Allergie/Unverträglichkeit: \_\_\_\_\_

Inkontinenz: Harn Stuhl Nein \*Clostridien/MRSA vorhanden: Nein Ja

\*Diabetes: Nein Ja: Tabletten Insulin \*Wundverhältnis: \_\_\_\_\_

Wichtig: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ärztliste ausgehändigt/ Ja Vordruck ärztliche Stellungnahme ausgehändigt: Ja  
Arztwechsel nötig-besprochen:

\*Dialysepatient: Nein Ja: \*Dialysetage: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Vormittag Nachmittag Dialyse in: \_\_\_\_\_

Vorlieben, Eigenarten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Lebenspartner Name \_\_\_\_\_

Früherer Beruf/Hobbys: \_\_\_\_\_

Glaube/Kirche: Sehr wichtig Nicht so wichtig Kein Bedarf Konfessionslos

Interessiert an Beschäftigung: Wichtig Nicht so wichtig Nicht erwünscht

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mit einem \* markierte Felder bitte, wenn möglich elektronisch mit einem geeigneten Programm (z. B. Acrobat Reader) ausfüllen, abspeichern und als E-Mail Anhang an info@blombergklinik.de senden.