|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Datum |       | Erstellt von |       |
|  |  |  |  |  |
| **Daten Bewohner** | Vorname |       | Nachname |       |
| Geburtsdatum |       | Geburtsort |       |
| Geburtsname |       | Staatsang. |       |
| Familienstand |       | Konfession |       |
| Straße |       | PLZ/Ort |       |
| Telefon |       | Handy |       |
|  |  |  |  |  |
| **Daten An-/Zugehörige** | Vorname |       | Nachname |       |
| Straße |       | PLZ/Ort |       |
| Zugehörigkeit |       |
| Telefon |       | Handy |       |
| Mail |       | Telefon dienstl. |       |
| **Daten An-/Zugehörige** | Vorname |       | Nachname |       |
| Straße |       | PLZ/Ort |       |
| Zugehörigkeit |       |
| Telefon |       | Handy |       |
| Mail |       | Telefon dienstl. |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bisherige Versorgung** | [ ]  Haushalt |       | [ ]  Tagespfl. |       |
| [ ]  Angehörige |       | [ ]  Betr.  Wohnen |       |
| [ ]  Klinik |       | [ ]  sonstiges |       |
| [ ]  amb. Dienst |       | [ ]  Notizen |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arzt** | Name |       | Adresse |       |
| Telefon |       | Mail |       |
| Fax |       | Fachrichtung |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arzt** | Name |       | Adresse |       |
| Telefon |       | Mail |       |
| Fax |       | Fachrichtung |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KK** | Name |       | Anschrift |       |
| Vers.-nummer |       | Telefon |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Betreu-ung/****Vollmacht** | [ ]  Betreuung vorhanden | Kontakt:       |
| [ ]  Betreuung nicht vorhanden | [ ]  Betreuung angeregt |
| [ ]  Vorsorgevollmacht | [ ]  Generalvollmacht | [ ]  Patientenverfügung |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pflege-grad** | [ ]  Nein | [ ]  Grad 1 | [ ]  Grad 2 | [ ]  Grad 3 | [ ]  Grad 4 | [ ]  Grad 5 |
| [ ]  beantragt | [ ]  Höherstufung  beantragt | [ ]  KZP g. §39c |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versor-gungsform** | [ ]  amb. Dienst | [ ]  Betreutes Wohnen | [ ]  Tagespflege |
| [ ]  Tagespfl. Fahrdienst  gewünscht | [ ]  Rollstuhl  vorhanden | [ ]  Rollator vorhanden |
| [ ]  KZP/VHP | [ ]  LZP | [ ]  EZ | [ ]  DZ | [ ]  Terminwunsch:       |
| [ ]  dringend | [ ]  vorsorglich | [ ]  Einzugstermin/Aufenthalt:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Finan-zierung** | [ ]  eigene Mittel | [ ]  Trägeranschrift:       |
| [ ]  Sozialhilfe | [ ]  Sozialhilfe beantragt | [ ]  Sozialhilfe bewilligt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COVID** | Impfstoff:       | 1. Impfung erfolgt am:      2. Impfung erfolgt am:      vollständiger Impfschutz\* ab:        | Nachweis vorhanden [ ]  |
| PCR-positiv Testdatum:        | Genesenenstatus\*\* gültig bis:       | Nachweis vorhanden [ ]   |

\* Vollständiger Impfschutz: letzte Impfung plus 15 Tage

\*\* Genesen: 28 Tage nach positiver PCR-Testung mit maximaler Gültigkeit von 6 Monaten ab Testdatum.