|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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.