

Datum		Erstellt von	
-------	--	--------------	--

<b>Daten Bewohner</b>	Vorname		Nachname	
	Geburtsdatum		Geburtsort	
	Geburtsname		Staatsang.	
	Familienstand		Konfession	
	Straße		PLZ/Ort	
	Telefon		Handy	

<b>Daten An-/ Zugehörige</b>	Vorname		Nachname	
	Straße		PLZ/Ort	
	Zugehörigkeit			
	Telefon		Handy	
	Mail		Telefon dienstl.	

<b>Daten An-/ Zugehörige</b>	Vorname		Nachname	
	Straße		PLZ/Ort	
	Zugehörigkeit			
	Telefon		Handy	
	Mail		Telefon dienstl.	

<b>Bisherige Versorgung</b>	<input type="checkbox"/> Haushalt		<input type="checkbox"/> Tagespfl.	
	<input type="checkbox"/> Angehörige		<input type="checkbox"/> Betr. Wohnen	
	<input type="checkbox"/> Klinik		<input type="checkbox"/> sonstiges	
	<input type="checkbox"/> amb. Dienst		<input type="checkbox"/> Notizen	

<b>Arzt</b>	Name		Adresse	
	Telefon		Mail	
	Fax		Fachrichtung	

<b>Arzt</b>	Name		Adresse	
	Telefon		Mail	
	Fax		Fachrichtung	

<b>KK</b>	Name		Anschrift	
	Vers.-nummer		Telefon	

<b>Betreu- ung/ Vollmacht</b>	<input type="checkbox"/> Betreuung vorhanden	Kontakt:
	<input type="checkbox"/> Betreuung nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Betreuung angeregt
	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung

<b>Pflege -grad</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 5
	<input type="checkbox"/> beantragt		<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt		<input type="checkbox"/> KZP g. §39c	

<b>Versor- gungsform</b>	<input type="checkbox"/> amb. Dienst		<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen		<input type="checkbox"/> Tagespflege	
	<input type="checkbox"/> Tagespfl. Fahrdienst gewünscht		<input type="checkbox"/> Rollstuhl vorhanden		<input type="checkbox"/> Rollator vorhanden	
	<input type="checkbox"/> KZP/VHP	<input type="checkbox"/> LZP	<input type="checkbox"/> EZ	<input type="checkbox"/> DZ	<input type="checkbox"/> Terminwunsch:	
	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> Einzugstermin/Aufenthalt:			

<b>Finan- zierung</b>	<input type="checkbox"/> eigene Mittel	<input type="checkbox"/> Trägeranschrift:		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe beantragt	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe bewilligt	

<b>COVID</b>	Impfstoff:	1. Impfung erfolgt am: 2. Impfung erfolgt am: vollständiger Impfschutz* ab:	Nachweis vorhanden <input type="checkbox"/>
	PCR-positiv Testdatum:	Genesenenstatus** gültig bis:	Nachweis vorhanden <input type="checkbox"/>

\* Vollständiger Impfschutz: letzte Impfung plus 15 Tage

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