

Erstgespräch /  Stammblatt

Persönliche Daten				Kassendaten				Datum:	Hdz.	
Name	Albers	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Versicherter	Anni Albers			Medizinische Diagnosen		
Geburtsname				Geb.-Datum	27.07.1940			D1		
Vorname	Anni	Geb.-D.	27.07.1940	Vers.-Nr.	1591515	Status				
Straße	Holstenkamp			Krankenkasse				D2		
PLZ/Wohnort	22525 Hamburg			Pflegekasse						
Telefon/Mobil	040852555/			Pflegegrad aktuell	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			D3		
Familienstand			Konfession			Pflegegrad beantragt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Staatsangehörigkeit				am:					D4	
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Wohnung Miete <input type="checkbox"/> Eigenheim Wohnung/Haus			Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Rezeptbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Stockwerk: _____ <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> in der Familie lebend <input type="checkbox"/> Tagespflege								D5	
Sprache	deutsch: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen andere:									
Haustiere				Leistungsumfang SGB XI				D6		
Bezugsperson				<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung						
	Soziale Rolle			<input type="checkbox"/> Kombileistung <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe					D7	
Name				<input type="checkbox"/> <b>Betreuungsleistung nach § 45b SGB XI</b>						
Straße				<input type="checkbox"/> Grundbetrag <input type="checkbox"/> erhöhter Betrag					D8	
Wohnort				<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege						
Telefon				<input type="checkbox"/> Selbstzahler					D9	
Mobil				<input type="checkbox"/> SGB XII <input type="checkbox"/> SGB V						
Hausarzt				Facharzt:						
Hier genannte Schlüssel wurden an den Pflegedienst übergeben:				Nr.:		Facharzt:				
<input type="checkbox"/> Haustür <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Kombiniert Haustür/Wohnung <input type="checkbox"/> Briefkasten				Unterschrift PD:			Schlüssel zurückgegeben am:			
<input type="checkbox"/> Haustür/Wohnung darf von PP abgeschlossen werden				Unterschrift Patient:			Unterschrift Patient:			
Status	1=Versicherungspflichtige(r)/-berechtigte(r)		3=familienversichert			5=Rentner				

<input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r)		Hilfsmittel	Pflegerelevante Besonderheiten
Name		<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	Allergie(n) <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> bekannt:
Straße		Hörgerät <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
Wohnort		Zahnprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
Telefon		Armprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Insulinpflicht
Mobil		Beinprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Ernährungszustand: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie
Wirkungskreis	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	Allgemeinzustand: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Behördengänge	
			<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Marcumarisierung <input type="checkbox"/> Dekubitus
		<input type="checkbox"/> Stützkorsett	<input type="checkbox"/> Wunde:
		<b>Weitere Hilfsmittel</b>	
<input type="checkbox"/> Vertretung gesetzliche/r Betreuer/in / <input type="checkbox"/> Vertretung Bevollmächtigte(r)		1=Krankenkasse 2=Pflegedienst	<input type="checkbox"/> DK/SPK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Anus Praeter
Name		3=Patient 4=Sanitätshaus	Bezugspflege 1:
Telefon		<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	Bezugspflege 2:
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	Aufbewahrungsort	<input type="checkbox"/> Gehdtütze(n)	<b>Aufnahme/Erstgespräch/Pflegevertrag</b>
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung		<input type="checkbox"/> Rollator	Anwesend:
<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen</b>		<input type="checkbox"/> Gehstock	Erstgespräch am
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Bremse Rollstuhl		<input type="checkbox"/> Rollstuhl	Geführt von
<input type="checkbox"/> mit Einwilligung des Patienten/Unterschrift:		<input type="checkbox"/> Pflegebett	Vertragsbeginn
<input type="checkbox"/> richterlicher Beschluss vom:			Kostenvorschlag am
<b>Pflegeunterbrechung</b>		<b>ergänzende Hilfen</b>	
bis		<input type="checkbox"/> Menüservice:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Hausnotruf:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Sanitätshaus:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Fußpflege:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Frieseur:	
bis		<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie	

Leistungen	Uhrzeit	Uhrzeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

PD - Pflegedienst AG - Angehörige (Kürzel unter die Wochentage eintragen)

Medikamente	Dosierung	Bedarf
<input type="checkbox"/> siehe Medikamentenplan		

Datum	Hdz.	Notizen-Wünsche/Absprachen mit dem Patienten, den Angehörigen