

Verwaltung Formular
Aufnahme Kurzzeitpflege AH

Einverständnis zur Erfassung und Verarbeitung personenbezogener Daten erteilt:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname des Gastes:			
Anschrift:			
Geburtsdatum:		Geburtsname:	
Geburtsort:		Konfession:	
Aufnahmezeitraum: vom		bis	Raum:
Uhrzeit Aufnahme:		Uhrzeit Abreise:	
Angehörige/Betreuer			
<input type="checkbox"/> Angehörige Status:	Name, Vorn.:		
<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer	Straße:		
<input type="checkbox"/> Vollmacht	PLZ Wohnort:		
	Telefon:		
<input type="checkbox"/> Angehörige Status:	Name, Vorn.:		
<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer	Straße:		
<input type="checkbox"/> Vollmacht	PLZ Wohnort:		
	Telefon:		
Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Andere Fixierung _____ <input type="checkbox"/> Richterl. Anordnung liegt vor <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> DauerK <input type="checkbox"/> Port ZVK <input type="checkbox"/> Keine Medikamente stellen <input type="checkbox"/> Diabetiker <input type="checkbox"/> Demenz			
Infektiöse Erkrankungen:			
Hausarzt:		Telefon:	
Anschrift:		Telefax:	
z. Zt. im Krankenhaus:			
Name des Sozialarbeiters/Telefon:			
Pflegekasse/Krankenkasse/KV-Nr.:			
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Neueinstufung wurde/ wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Höherstufung wurde/ wird beantragt am _____		
Kostenübernahme Kranken-/Pflegekasse:	<input type="checkbox"/> wurde/ wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Privatversicherung <input type="checkbox"/> Selbstzahler Eigenanteil Wurde im lfd. Jahr bereits Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> * ja, bis * bitte Kärtchen mitbringen <input type="checkbox"/> nein		
Restkostenübernahme durch Sozialamt:	<input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ beim Sozialamt in _____ <input type="checkbox"/> wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> ist nicht erforderlich		
Wäschepflege:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Inkontinenzmaterial:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufgenommen von:		am:	