

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: _____	