

Anfragebogen Kurzzeitpflege/ Langzeitpflege



Anfragedatum: | |

(Wunsch)- Einrichtung

<input type="checkbox"/> CSH Henricus Stift Südlohn	<input type="checkbox"/> Haus Mutter Theresa Stadtlohn (nur KZP)		
<input type="checkbox"/> CSH Holthues Hoff Ahaus	<input type="checkbox"/> CSH Heinrich- Albertz- Haus Ahaus		
<input type="checkbox"/> CSH St. Friedrich Ahaus- Wessum	<input type="checkbox"/> CSH St. Ludgerus Heek	<input type="checkbox"/> CSH City Wohnpark Gronau	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von:	bis:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer/ Nr.
<input type="checkbox"/> Langzeitpflege	Der Platz wird benötigt ab:		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer/ Nr.
Aktueller Aufenthaltsraum evtl. im Krankenhaus/ zu Hause/ bei Angehörigen/ im Pflegeheim			

Persönliche Stammdaten

Vorname		Name	
Geburtsname		Familienstand	
Geburtsdatum		Konfession	
Straße/ Hausnr.		Geburtsort	
Postleitzahl		Telefon	
Ort		E-Mail	
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger	Patientenverfügung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu Krankenkasse/ Pflegekasse

Kranken/ Pflegekasse		Versicherungsnummer	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> beantragt/ nicht bekannt	

Angaben zu bevollmächtigten Person/ Betreuer/in

<input type="checkbox"/> bevollmächtigte Person	<input type="checkbox"/> Betreuer/in		
<input type="checkbox"/> Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Beschluss vom Amtsgericht vorhanden		
Vorname		Name	
Straße/ Hausnr.		Beziehung	
Postleitzahl		Telefon privat	
Ort		Mobil	
E-Mail		Telefon dienstl.	
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger			

Angaben zu (weiteren) Angehörigen/ Bezugspersonen

Vorname		Name	
Straße/ Hausnr.		Beziehung	
Postleitzahl		Telefon privat	
Ort		Mobil	
E-Mail		Telefon dienstl.	
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger			

Anfragebogen Kurzzeitpflege/ Langzeitpflege



Finanzierung der Kurzzeitpflege

Leistungen der Pflegeversicherung			
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> Entlastungsleistungen	<input type="checkbox"/> Privat

Finanzierung der Langzeitpflege

Leistung der Pflegeversicherung			
<input type="checkbox"/> Langzeitpflege	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Beihilfe

Angaben zur medizinischen und pflegerischen Versorgung

Hausarzt	[]	Diagnosen	[]
Konsilärzte			
Allergien/ Unverträglichkeiten			
Sind sie Covid 19 geimpft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vollständiger Impfschutz seit: []

Werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst versorgt? nein ja Von welchem? []

Besuchen Sie eine Tagespflege? nein ja Welche? []

(Pflege)-hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Lagerungsmaterial	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> Gehilfe/ Stock	<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze	<input type="checkbox"/> Orthesen/ Prothesen
Sonstige: []			

Aktueller Unterstützungs- Hilfebedarf/ Verhalten

z.B. Unterstützungsbedarf beim Essen und Trinken, bei der Grundpflege, bei dem Gang zur Toilette, bei der Fortbewegung etc.

[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]

Anmerkungen/ Besonderheiten

[]
[]