


Kap.: 5 Nr.: 5.1.2.2	QM HB Bereich Pflege und Betreuung RENAFAN ServiceLeben	
Rev. Nr.: 02	Aufnahmebogen	

1. Ansprechpartner:

Name, Vorname wie verwandt, bekannt

Anschrift Telefon

2. Ansprechpartner:

Name, Vorname wie verwandt, bekannt

Anschrift Telefon

Bevollmächtigte/ r Ja Nein

Name, Vorname wie verwandt, bekannt

Anschrift Telefon:

Ist eine Vorsorge- bzw. Generalvollmacht vorhanden? (bitte Kopie beifügen)

Ja Nein wird nachgereicht

Haben Sie eine Patientenverfügung (bitte Kopie beifügen) Ja Nein

Sind Sie von den Zuzahlungen der Krankenversicherung befreit?

Nein Ja

**Schwerbehindertenausweis
Vorhanden?**

Ja Nein beantragt

Erarbeitet/Erstellt	Freigabe	Änderung	nächste Überarbeitung	
August 2007 PDL SvL Tegel	Februar 2011 ZQM SvL	Februar 2011 ZQM SvL		Seite 2 von 5
K:\060_Marketing\+RENAFAN\+ServiceLeben\SL Holzhalbinse\Aufnahmebogen.doc				

Gesetzlicher Betreuer/ -in

Ja

Nein

Name, Vorname

wie verwandt, bekannt

Anschrift

Telefon

Ist eine Kopie des Betreuerausweises vorhanden. Ja Nein wird nachgereicht

Aufgabenkreise:

Gesundheitssorge

Aufenthaltsbestimmungsrecht

Behörden

Wohnungsangelegenheiten

Sonstige: _____

Hausarzt/ Hausärztin

Name, Vorname

Telefon, Fax

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Wird die Versorgung weiterhin durch diesen Hausarzt übernommen?

(Bitte verbindlich Nachfragen!)

Ja

Nein, ich wünsche einen Hausarztwechsel

Wird die Versorgung durch Fachärzte die in unserem Haus Hausbesuche machen gewünscht? (Neurologe ; Psychologe ; Zahnarzt ; Hautarzt ; Gynäkologe ; Urologe)

Ja

Nein ich wünsche einen Facharztwechsel

Behandelnde Fachärzte:

Diagnosen:

Ist ein Medikamentenplan vorhanden?

Ja Nein

Ist eine eigenständige Medikamentenversorgung gewünscht?

Ja Nein

Sollen die Rezepte und Medikamente durch uns angefordert werden?

Ja Nein

Besteht eine Allergie, wenn ja welche?

Ja Nein

Besteht eine Unverträglichkeit, wenn ja welche?

Ja Nein

Ist ein Allergiepass vorhanden? (Bitte vom Arzt ausstellen lassen)

Ja Nein

Inkontinenzmaterial

Ja Nein Vorlagen Höschen

Besteht ein Alkoholproblem?

Ja Nein

Pflege und Betreuung

Sind regelmäßig auf Hilfsmittel angewiesen, wenn ja welche:

Haben Sie besondere Wünsche / Ansprüche zur pflegerischen Versorgung

Haben Sie besondere Wünsche / Ansprüche zur sozialen Betreuung

Taschengeldkonto

Wünschen Sie die Einrichtung eines Taschengeldkontos? Ja Nein

Post

Wer soll die Post für den Bewohner ausgehändigt bekommen?

- der Bewohner selbst
- der Bevollmächtigte/ gesetzliche Betreuer
- _____

Möchten Sie den Friseur in unserem Haus nutzen?

- Ja Nein

Möchten Sie die Fußpflege in unserem Haus nutzen?

- Ja Nein

Sonstige Absprachen:

Bestattungsvorsorge

Gibt es bereits einen Bestattervorsorgevertrag: Ja Nein

Wenn ja bei wem:

Marketing:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Erstgespräch/ Beratung

Der Interessent wurde über pflegerische und soziale Belange innerhalb eines Beratungsgespräches aufgeklärt. Ihm wurden die Kosten verständlich dargestellt, alle seine Fragen konnten beantwortet werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift