

ERSTGESPRÄCH PFLEGE

3. Ablauforganisation; 3.5 Klientenaufnahme; 3.5.2 Erstgespräch/Aufnahmegespräch; Version 2 ; erstellt am: 20.09.2023; freigegeben durch: S.Jörgler

Persönliche Daten		
Patient: Name, Vorname		Geburtsdatum:
		Familienstand:
		Konfession:
Anschrift: Straße, PLZ Ort		Telefon:
Krankenkasse/ Pflegekasse		Eingeschränkte Alltagskompetenz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vers. Nr.:		
Angehöriger / Zugehöriger Name / Vorname: Anschrift: Straße, PLZ, Ort		Telefon: Vorsorgebevollmächtigter: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gesetzl. Betreuer in folgenden Bereichen:		Pflegegrad & Datum der Feststellung
An der Gesundheit beteiligte Berufsgruppen		
Hausarzt Name, Telefonnr.		
Fachärzte Name, Telefonnummer		
Name, Telefonnr.:	Physiotherapeut: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	weitere: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Medizinische Diagnose/n	Allergien: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Medikamente:		Rezeptbefreiung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		Apotheke:
Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel (z. B. Rollator, Duschhocker, Rollstuhl usw.)		
Sanitätshaus	Name / Anschrift	Telefon:

ERSTGESPRÄCH PFLEGE

Systematische Informationssammlung (SIS)		
Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?		
Gewünschte Leistungen:		
a. Grundpflege SGB XI (Körperpflege)	Bitte eintragen:	Wunschzeit:
b. Pflegebedürftigkeit Antrag auf Einstufung der Pflegebedürftigkeit gestellt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann und welcher Grad	
c. Behandlungspflege SGB V (medizinisch, z. B. Wundversorgung, Kompressionsstrümpfe, Medikamentengabe usw.)	Bitte eintragen:	Uhrzeit:
d. Liegt die häusliche Verordnung vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn nein, wer kümmert sich?
e. Liegen die Rezepte vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
f. Hauswirtschaft	Was?	Uhrzeit:
g. Tagespflege (extern)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/>
h. Tagespflege (extern)	Ort:	Abholzeit:
Datum	Unterschrift Pflegefachkraft	Unterschrift Klient

Bei Versand per E-Mail ist dieses Dokument auch ohne Unterschrift gültig.