



Name: Vorname: Geb.Datum: Konfession: Staat.:	Anschrift: Telefonnummer: Pat. Verfügung? O ja O nein Wenn ja, Kopie von Vollmacht dazulegen.
Apotheke: Hausarzt:	Bezugsperson: Anschrift: Telefonnummer:
Krankenkasse/ Pflegekasse: Versicherungsnummer:	Aufnahmedatum: Leistungsbeginn:

Lebt Kunde alleine? O ja O nein Wenn nein, mit:.
Werden SGB V Leistungen benötigt? O ja O nein Bemerkung:
Wird eine Pflegeleistung benötigt? O ja O nein Bemerkung:
Liegt bereits ein Pflegegrad vor? O ja O nein Wenn ja, seit:
Wenn ja, welche Pflegegrad liegt lt. Pflegekasse vor? _____

Was ist zu tun?

- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Betreuung
- Behandlungspflege

Es wird in folgenden Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität Unterstützung benötigt:

- beim Waschen
- beim Kämmen und Rasieren
- beim Aufstehen/-Zubettgehen
- beim An- und Auskleiden
- im Bereich der Mobilität
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- beim Baden und Duschen
- bei der Blasen- und Darmentleerung
- bei der Mund- und Zahnhygiene
- beim Treppensteigen
- beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung

Es wird dauerhafte Hauswirtschaftliche Leistung benötigt:

- beim Einkaufen
- beim Spülen
- beim Waschen
- beim Beheizen
- beim Reinigen der Wohnung

Beratung:

- Hospiz/Paliativteam
- Hausnotruf
- Beratende Dienste (z.B. Pflegestützpunkt)
- Wohnumfeld
- Betreuungsleistungen
- Verhinderungspflege
- Kurzzeitpflege
- Hilfsmittel
- Guud Stubb
- Tagespflege
- _____

Infomaterial ausgehändigt: _____

Die leitende Pflegekraft hat in diesem Erstgespräch folgendes erläutert:

- Leistungskatalog
- Pflegekonzept
- Form und Durchführung der Leistungserbringung
- Pflegevertrag
- Erreichbarkeit/Verfügbarkeit
- _____



Bei Behandlungspflege:

Ärztliche Verordnung vorhanden?

- Ja
 Muss angefordert werden

Leistungsbeginn:

Grundpflege	Behandlungspflege n. ärztlicher VO
Modul: _____	Welche: _____
Wann?	Wann?
<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends	<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> abends
Wie oft?	_____
_____ x täglich	_____
_____ x wöchentlich	_____
Wochentage: _____	_____
Wunsch-Uhrzeit: _____	_____

Wochenendversorgung? Ja Behandlungspflege
 Nein Grundpflege

Schlüsselannahme: Ja Nein

Datum/ Unterschrift der empf. Person: _____

Hilfsmittel: Rollator Lifter Toilettensitzerhöhung Rollstuhl
 Gehstock Toilettenstuhl Inkontinenzartikel Pflegebett
 Hörgerät Dauerkatheter Lagerungsmaterial Zahnersatz

Besonderheiten/Bekannte Diagnosen/ Sonstiges:

Datum: _____ Zeit: _____

Unterschrift der Pflegefachkraft: _____

Unterschrift Kunde: _____