



SENIORENRESIDENZ
KIERSPE - VOLMETAL

Erstinformation

Seniorenresidenz
Kierspe - Volmetal
GmbH

Allgemeine Informationen

Name: Geburtsname: Vorname: Straße:	Angehörige/Betreuer (Telefonnummer, E-mail, Straße): Bezug zum Bewohner: Wünsche im Todesfall: Bestehen Verträge:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Familienstand:
Aufenthaltsart: <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt vollstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	Daten Bei Vollzeitpflege/<u>Dauer</u>pflege: Zeitpunkt ab: _____ Antrag bei der Pflegekasse gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Einzug auf Bereich: _____ Zimmer : _____
Daten nur bei Kurzzeitpflege: Zeitraum von _____ bis _____	Serviceleistung: (nur Vollstationärer Aufenthalt)

Rev.-stand: 0	Gültig ab: 22.09.2014	Erstellt durch: PO	Freigabe: Tro
Erstinformation		Geprüft durch: Tro	Seite 1 von 6



SENIORENRESIDENZ
KIRSPE - VOLMETAL

Erstinformation

Seniorenresidenz
Kierspe - Volmetal
GmbH

Antrag bei der Pflegekasse gestellt ___ ja ___ nein Antrag auf Verhinderungspflege ___ ja ___ nein	Wäsche waschen ___ ja ___ nein Wäsche Reinigung ___ ja ___ nein Sonstige Zusatzleistungen (siehe Zusatzschreiben)
Hausarzt:	Welche Konfession: (zutreffendes Ankreuzen) Katholisch: _____ Evangelisch: _____ Islam: _____ Jüdisch: _____ Sonst. _____ Welche Kostform?: _____
Facharzt/e:	
Weitere Angaben	
Interne Vermerke: ___ Sozialhilfeempfänger ___ Sozialhilfebeantragt ___ Selbstzahler ___ Heimnotwendigkeit liegt vor ___ Informiert über Heimkosten	Liegt eine Befreiung der Krankenkasse vor: ___ ja ___ nein (bei ja Kopie/Original beilegen)
Besteht eine Richterliche Anordnung/Fixierung:	Betreuer vom Amtsgericht ist für folgende Aufgabenkreise Zuständig: ___ Alle Angelegenheiten

Rev.-stand: 0	Gültig ab: 22.09.2014	Erstellt durch: PO	Freigabe: Tro
Erstinformation		Geprüft durch: Tro	Seite 2 von 6



SENIORENRESIDENZ
KIRSPE - VOLMETAL

Erstinformation

Seniorenresidenz
Kierspe - Volmetal
GmbH

<p>____ Ja ____ Nein</p> <p>(Richterliche Anordnung beilegen!)</p>	<p>____ Gesundheitsorge ____ Vermögenssorge ____ Vertretung gegenüber Ämtern/Behörden ____ Postkontrolle ____ Aufenthaltsbestimmungsrecht ____ Wohnungsangelegenheiten</p> <p>(Urkunde vom Gericht beilegen!)</p>
<p>Daten der Krankenversicherung und Pflegekasse:</p> <p>Krankenkasse _____ Mitglieds -Nr.: _____ Anschrift: _____ Personal-NR _____ Ansprechpartner _____ Telefon _____ Fax _____</p>	<p>Zuständiges Sozialamt: Stadt/Kreis (Adresse und Ansprechpartner)</p>
<p>Apotheke: Vertragsapotheker: ____ Ja ____ Nein</p> <p>(Wenn <u>nein</u> bitte Apotheke aufschreiben)</p> <p>Welche Apotheke soll beliefern?: _____ Besteht eine Befreiung? _____ (Befreiungskarte beifügen)</p>	<p>Pflegegrad ist beantragt/vorläufige _____</p> <p>Welcher Pflegegrad besteht:</p> <p>____ Pflegegrad 1 -----Pflegegrad 2 ____ Pflegegrad 3 ____ Pflegegrad 4 ____ Pflegegrad 5</p> <p><u>Besonderheiten:</u></p>
<p><u>Medizinische Fußpflege</u> durch: _____</p>	<p>Friseur durch: _____</p> <p>Fußpflege durch: _____</p>

Rev.-stand: 0	Gültig ab: 22.09.2014	Erstellt durch: PO	Freigabe: Tro
Erstinformation		Geprüft durch: Tro	Seite 3 von 6



SENIORENRESIDENZ
KIRSPE - VOLMETAL

Erstinformation

Seniorenresidenz
Kierspe - Volmetal
GmbH

<p>Besteht eine:</p> <ul style="list-style-type: none">Vollmacht?: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Kopie beilegen) <p>Welche Aufgabenkreise? (Kopie beilegen)</p> <ul style="list-style-type: none">Patientenverfügung?: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Kopie Beilegen)	<p>Medikamente: (Aktuelles Medikamentenblatt des Arztes wird benötigt)</p> <p>Diabetiker: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Einnahme Selbstständig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Marcumar oder Ersatz Präparat : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Aufenthalt vor dem Einzug ins Haus:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> von zu Hause <input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst</p>	<p>Sind Wunden Vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wer hat diese Versorgt und wie?:</p>
<p>Wie ist die pflegerische Versorgung bisher durchgeführt worden:</p> <p><input type="checkbox"/> von Angehörigen <input type="checkbox"/> durch einen Pflegedienst</p> <p>Name des Dienstes und Anschrift:</p> <p>(Bei Pflegedienst wird ein überleitbogen sowie weitere Informationen benötigt)</p>	<p>Diagnose: (Diagnose Blatt des Arztes beilegen)</p> <p>Haben sie ein Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Ausweis beilegen)</p> <p>Ist eine PEG /PEJ vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Besteht eine Hin-oder Weglauftendenz:</p>	

Rev.-stand: 0	Gültig ab: 22.09.2014	Erstellt durch: PO	Freigabe: Tro
Erstinformation		Geprüft durch: Tro	Seite 4 von 6



SENIORENRESIDENZ
KIERSPE - VOLMETAL

Erstinformation

Seniorenresidenz
Kierspe - Volmetal
GmbH

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe			
Was für Hobbys bestehen?		Bestehen Allergien? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (ggf. Allergieausweis beilegen)	
Wann erfolgte die Pflege zu Hause? (morgens, mittags, Gewohnheiten)		Gegen Lebensmittel?	
		Gegen Medikamente?:	
Früherer ausgeübter Beruf:			
In welchen Bereichen wird Hilfe benötigt? (zutreffendes Ankreuzen)		Welche Hilfsmittel sind Vorhanden/werden mitgebracht?	
<input type="checkbox"/> beim Waschen		V: Vorhanden/wird mitgebracht , B: werden Benötigt	
<input type="checkbox"/> beim Kämmen und Rasieren		<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
<input type="checkbox"/> beim aufstehen und zu Bettgehen		<input type="checkbox"/> Rollator	
<input type="checkbox"/> beim Gehen/Stehen		<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl	
<input type="checkbox"/> beim Duschen /Baden		<input type="checkbox"/> Hörgerät	
<input type="checkbox"/> beim Toilettengang		<input type="checkbox"/> Zahnprothese/n	
<input type="checkbox"/> im Bereich der Mobilität		<input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial	
<input type="checkbox"/> beim Treppensteigen			
<input type="checkbox"/> bei der Zahnpflege			
<input type="checkbox"/> beim Essen			

Rev.-stand: 0	Gültig ab: 22.09.2014	Erstellt durch: PO	Freigabe: Tro
Erstinformation		Geprüft durch: Tro	Seite 5 von 6



SENIORENRESIDENZ
KIRSPE - VOLMETAL

Erstinformation

**Seniorenresidenz
Kierspe - Volmetal
GmbH**

_____ bei der Zubereitung des Essen

_____ Gehstock/Stock

_____ o2 Konzentrator

_____ Brille

Welches Sanitätshaus ist zuständig:

**Darf von uns ein Sanitätshaus beauftragt
werden:**

Sonstige Informationen:

Rev.-stand: 0	Gültig ab: 22.09.2014	Erstellt durch: PO	Freigabe: Tro
Erstinformation		Geprüft durch: Tro	Seite 6 von 6