# Erstgespräch Neuaufnahme

Seniorenpflege Doktorshof GmbH
Doktorshofstraße 15
92348 Berg-Hausheim
Tel: 09189/411-0, Fax: 09189/411-12

| **Kurzzeitpflege** | **Vollstationäre Pflege** | **Zimmer-Nr.:** |
|---|---|---|
| ab: …….. bis: ……..<br>Antrag bei Kasse gestellt:<br>❑ Ja, am……..…..… ❑ Nein | ab: …….. | …….. |

| **Name:** | **Vorname:** | |
|---|---|---|
| Geburtsname: | Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| Fam.-Stand: | Konfession: | Staatsangehörigkeit: |

Pflegegrad: …….. seit: ……..

Antrag bei Kasse gestellt: ❑ Ja, am ……..… ❑ Nein

| Bisherige Anschrift: | Angehörige □ Betreuer □<br>Verwandtschaftsverhältnis:<br>Name:<br><br>Adresse:<br><br>Telefon:<br>Handy: |
|---|---|
| Angehörige □ Betreuer □<br>Verwandtschaftsverhältnis:<br>Name:<br><br>Adresse:<br><br>Telefon:<br>Handy: | Angehörige □ Betreuer □<br>Verwandtschaftsverhältnis:<br>Name:<br><br>Adresse:<br><br>Telefon:<br>Handy: |

**Kassendaten**

Krankenkasse: KV.- Nr. ……

Status: **5** ……..……

Anschrift: Telefon:

**Rechnungsanschrift**

Name: Tel.:

Adresse:

**Hausarzt**

Name: Tel.:

Adresse:

**Hausarzt im Heim**

Name: Tel.:

| **Konsiliarärzte** | |
|---|---|
| Name: | Tel.: |
| Adresse: | |

| Allergien / Unverträglichkeiten:<br>□ keine □ ja, welche: | |
|---|---|
| Herzschrittmacher: ja □ nein □ | Diabetiker: ja □ nein □ |
| Wurde der Ärztliche Fragebogen abgegeben? | ja □ nein □ |
| Wurden die Bestattungswünsche abgegeben? | ja □ nein □ |
| Besteht bereits eine COVID-19-Schutzimpfung? | ja □ nein □ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Rezeptgebühren befreit | ja □ | nein □ | bis: |
| Fahrtkosten befreit | ja □ | nein □ | bis: |

| |
|---|
| Sollen kostenpflichtige Getränke von der Einrichtung bereitgestellt werden?<br>ja □ nein □ |
| Sollen Standard-Hygieneartikel von der Einrichtung bereitgestellt werden? *(nur bei Dauerpflege)*<br>ja □ nein □<br><br>(Seife, Zahnpasta, Duschgel, Shampoo, Körperlotion, Franzbranntwein, Ringelblumensalbe) |
| Wird regelmäßig eine kostenpflichtige medizinische Fußpflege erwünscht?<br>ja □ nein □ |
| Wird alle 4 Wochen bzw. bei Bedarf ein kostenpflichtiger Friseurbesuch erwünscht?<br>ja □ nein □ |
| |

**Folgende Unterlagen wurden in der Einrichtung hinterlegt:**

*(Bitte erst ein Kreuz, wenn es abgegeben wurde.)*

| **Auszufüllen von der Verwaltung** | **Auszufüllen von der Pflege / Station** |
|---|---|
| □ Personalausweis/ Reisepass *(Scan in MediFox)* | □ Krankenversicherungskarte (Original) |
| □ Geburtsurkunde *(Scan in MediFox)* | □ Allergiepass (Original) |
| □ Heiratsurkunde *(Scan in MediFox)* | □ Herzschrittmacherausweis (Original) |
| □ Sterbeurkunde - Ehepartner *(Scan in MediFox)* | □ Diabetikerausweis (Original) |
| □ Schwerbehindertenausweis *(Scan in MediFox)* | □ Medikamentenblatt |
| □ Patientenverfügung *(Scan + Eintrag in MediFox)* | □ Impfpass |
| □ Vorsorgevollmacht *(Scan + Eintrag in MediFox)* | |
| □ Betreuungsverfügung *(Scan + Eintrag in MediFox)* | |
| □ Gerichtsbeschluss für Betreuung *(Scan + Eintrag in MediFox))* | |
| □ Gerichtsbeschluss für Fixierungen *(Scan + Eintrag in MediFox)* | |
| □ | |
| □ | |

**Mitgebrachte Hilfsmittel:**

| **Auszufüllen von der Pflege / Station bei Aufnahme** | | |
|---|---|---|
| □ Rollstuhl | □ Zahnprothesen | □ Antidekubitusmatratze |
| □ Rollator | □ Brille | □ Weichlagerungsmatratze |

| | | |
|---|---|---|
| □ Gehstock | □ Kontaktlinsen | □ Armprothese |
| □ Gehstützen | □ Hörgeräte | □ Beinprothese |
| □ Multifunktionsstuhl | □ Toilettenstuhl | □ |
| □ | □ | □ |