

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Angaben zum Pflegebedürftigen

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
Familienstand: _____ Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
derzeitiger Aufenthalt: _____

Angaben zu den Kostenträgern

Pflegegrad: _____ beantragt am: _____
Kranken-/Pflegekasse: _____ Versichertenr.: _____
Selbstzahler: _____ Sozialamt: _____
Antrag zur Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse gestellt am: _____

Angaben zu den Ärzten

Hausarzt: _____
Fachärzte: _____

Angaben zu der Unterbringung

Termin zur Aufnahme: _____ Ende der Kurzzeitpflege am: _____

Angaben zur Betreuung

Betreuer: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Wirkungskreis: _____

Angaben zu Angehörigen (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail)

Angaben zu vorhandenen Dokumenten

	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges:	_____	

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon: 02655 / 93 92 - 10 15 | **Fax:** - 19 | **E-Mail:** info@seniorenzentrum-weibern.de

Biografie

Name, Vorname: _____ ggf. Rufname _____

Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Kindheit verbracht: Dorf Stadt | Miete Eigentum
 Wohnung Haus | mit Garten Landwirtschaft

Tiere: _____

Eltern, Name, Beruf: _____

Geschwister: _____

Schulbildung: _____

Beruflicher Werdegang: _____

Ehepartner; Name, Beruf: _____

Kinder; Vornamen: _____

Enkel; ggf. Alter, Vorname: _____

Wichtige Bezugspersonen: _____

Prägende Lebensereignisse (z.B. Kriegserlebnisse, Verlust von Angehörigen, Krankheit)

Hobbies/Beschäftigung: _____

Reisen: _____

Musikalische Vorlieben: Schlager Volksmusik Klassik

Bezug zur Religion: unwichtig regelmäßiger Kirchgänger
 Gottesfürchtig Findet Halt im Glauben Beichte Krankensalbung

Ess-/Trinkgewohnheiten

Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Kleidengewohnheiten: Rock Kleid BH Hose Kittel

Kälte-/Wärmeempfinden gestört: ja nein

Lieblingsfarbe(n): _____

Schmuckträger: ja _____ nein

Accessoires: ja _____ nein

Sonstiges: _____

Schlafgewohnheiten

Schlafstörungen: ja nein

Frühaufsteher Langschläfer schläft von _____ bis _____

Schlafrituale (z.B. abgedunkelt, Lichtquellen, Medikamente, warmes Glas Milch, Mittagsschlaf)

Erfahrungen mit Krankheit/Schmerzen

Schmerzempfindlich: ja nein chronische Schmerzen, wenn ja wo

Allergien: ja _____ nein

Gedanken und Wünsche zum Sterben/Tod

Seelsorgerische Begleitung gewünscht: ja nein

Familiengrab vorhanden: ja nein

Erdbestattung Urnenbeisetzung anonym

Bestattungsunternehmen: _____

Stammbuch oder Geburtsurkunde wo hinterlegt: _____

Wer hat bei den Antworten mitgewirkt? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____