

Bewohnerstammdatenblatt Interessenten

Name:	Vorname:	Geburtsname:
Geb:	Geburtsort:	Konfession:
Letzte Anschrift:		
Straße:		Ort:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5 Antrag gestellt am:	Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gültig bis: Fahrtkostenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gültig bis: Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gültig bis:	
Angehörige:		
Name:	Tel.:	Verwandtschaftsgrad:
Pflegekasse:		
Name:		Tel.:
Hausarzt:		
Name:		Anschrift:
		Tel:
Krankenversicherungsnr.:		Inkontinent: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sozialversicherungsnr.:		Diabetiker: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Personalausweisnr.:		Desorientiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Hilfestellungen nötig: <input type="checkbox"/> bei der Körperpflege <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Gehen <input type="checkbox"/> beim Toilettengang	Besonderheiten: (z. B. Unruhe, Gewohnheiten und dergl.) <hr/> amtl. Betreuung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wirkungskreis:	
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bis:		
Aufnahmegrund:		
Aufnahmedatum:		Entlassungsdatum:
Entlassungsgrund: <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> in andere Einrichtung		