

Checkliste Erstgespräch

<p>Name/Vorname:.</p> <p>Strasse:</p> <p>PLZ/Ort:</p> <p>Geb.datum:</p> <p>Tel./Handy:</p> <p>Konfession:</p> <p>Familienstand:</p> <p>Krankenvers.:</p> <p>Krankenvers.Nr.:</p> <p>Beihilfe:</p>	<p>Gewünschte Aufnahme Wohngemeinschaft</p> <p>Benötigte Hilfsmittel</p> <p>Rollstuhl Ja / Nein</p> <p>Rollator Ja / Nein</p> <p>Aufstehhilfe</p>
<p>Angehörige:</p> <p>.....</p> <p>Vollmachten:</p>	<p>Angehörige:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Diagnosen:</p> <p>Medikamente:</p> <p>Hausarzt:</p> <p>Allergien: Keine</p>	

<p>Pflegeleistung? Seit wann? Bestätigter Pflegegrad</p>	<p><input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt PG 1 PG 2 PG3</p>	<p>PG 4 PG 5</p>
<p>Hilfsmittel</p>	<p><input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> WC-Stuhl <input type="checkbox"/> Badewannenlifter <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe <input type="checkbox"/> Hausnotruf</p>	<p><input type="checkbox"/> Matratze? <input type="checkbox"/> Urinflasche / Steckbecken <input type="checkbox"/> Duschsitz <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Anziehhilfe ATS <input type="checkbox"/>.....</p>

Themenfeld 1: Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten:

Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit:

Themenfeld 3: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen:

Themenfeld 4: Selbstversorgung:

Themenfeld 5: Leben in sozialer Beziehung

Themenfeld 6: Haushaltsführung

