

Checkliste Anfrage	 SeniorenDomizilRak	Ordnungsnummer: 7.2.1.2_3.4
Datum:	Datum Inkrafttreten : 12.07.2019	Bereich: Alle

Anfrage für: aus:

Alter: ambulanter Dienst:

PG: erstmalige vollstat. Aufn. am

Anfrage durch wen: Tel:

Vollmacht: ja nein wer:

Krankenversicherung:

Unterbringung: vollstationär KZP bis:

Finanzierung: gesichert d. Einkommen/Vermögen Sozialhilfe notwendig

Einzug ab:

Zimmerwunsch: DZ EZ egal

Demenz Seit wann, welche?

Orientierung: Person	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Zeitweise <input type="checkbox"/>
Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Zeitweise <input type="checkbox"/>
Situation	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Zeitweise <input type="checkbox"/>
Zeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Zeitweise <input type="checkbox"/>
Hinlauftendenz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Zeitweise <input type="checkbox"/>
Gesch. Unterbringung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn Ja: Attest liegt vor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Diagnosen:

Korsakow Syndrom	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Alkoholabhängigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nikotinabhängigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
COPD <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflichtig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Inkontinenz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kompressionsstrümpfe?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Weitere Diagnosen:

Verfasser:	Version:	Geprüft:	Datum:	Freigabe durch:	Seiten:
VW	3	25.1.2019	12.07.2019	EL	Seite 1 von 2

Checkliste Anfrage	 SeniorenDomizilRak	Ordnungsnummer: 7.2.1.2_3.4
Datum:	Datum Inkrafttreten : 12.07.2019	Bereich: Alle

Ansteckende Erkrankungen/Keime Wenn ja, welche und/oder wo ist die Besiedlung?

.....

Mobilität: Ja Nein Mit Hilfe

Kostform: Vollkost Weiche Kost Pürierte Kost PEG Sonstige:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Hilfsmittel:

Wunden:

Hausarzt:

Weitere pflegerelevante Informationen (Abwehrverhalten etc.)

.....

.....

Chronische Schmerzen: Ja Nein

Versorgung bis jetzt:

Warum jetzt Heimunterbringung:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Besichtigungstermin: Warteliste ab:.....

Bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen -nur eine vollständig ausgefüllte Checkliste kann berücksichtigt werden!

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie für Ihre Angehörige einen anderen Platz gefunden haben.
Nach 6 Monaten werden sie automatisch von der Warteliste gelöscht.

Verfasser:	Version:	Geprüft:	Datum:	Freigabe durch:	Seiten:
VW	3	25.1.2019	12.07.2019	EL	Seite 2 von 2