

**Stammdaten**

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname .....

Geb. am ..... in .....

Geb. Name .....

Adresse .....

Telefon ..... Konfession .....

Nationalität/Muttersprache .....

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet seit.....

Derzeitiger Aufenthalt:  zuhause  Krankenhaus  Reha  Sonstiges: .....

**Gewünschte Termine**  **noch offen**

Kurzzeit-/Verhinderungspflege  Dauerpflege zum.....bis.....

**Wurden Sie bereits bei uns betreut?**  **ja**  **nein**

**Zimmerwunsch**  Einzelzimmer  Komfortzimmer (gegen Aufpreis)

**Pflegegrad**  **unbekannt**  **0**  **I**  **II**  **III**  **IV**  **V**

Wurde ein Antrag auf Begutachtung gestellt?  **ja**, am .....  **nein**

Besteht Befreiung von Zuzahlungen?  **ja**  **nein** (**Bitte Karte vorlegen**)

beantragt:  **ja**  **nein**

**Versicherungsverhältnisse**

Kranken-/Pflegeversicherung besteht bei .....

Versicherungs-Nr.: .....

Besteht eine Beihilfe-Berechtigung?  **ja**  **nein**

Wurde bereits eine Kurzzeit-/Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen?  **ja**  **nein**

**Ansprechpartner**  Sohn/Tochter  Enkel/in  .....

Name, Vorname .....

Adresse .....

Telefon ..... E-Mail.....

**Betreuer/Bevollmächtigter** Bitte den Betreuer-Ausweis bzw. die Vorsorgevollmacht bei Aufnahme mitbringen

Name, Vorname .....

Adresse .....

Telefon ..... E-Mail .....

**Hausarzt**

Name, Vorname .....

Adresse .....

Telefon .....

**Rechnungsadresse**

Name, Vorname .....

Adresse .....

Telefon ..... E-Mail f. d. Rechnungsempfang: .....

**Einschätzung zur Person**

Orientierung vorhanden:  ja  teilweise  nein  
 nächtliche Unruhe  Weglauftendenz

Verstehen von Sachverhalten:  ja  teilweise  nein

Sich verständlich machen:  ja  teilweise  nein

Umgang:  ungestört  teilweise unkooperativ/herausfordernd  
 immer unkooperativ

Mobilität:  eigenständig  nur mit Hilfe  immer mit Hilfe

Hilfsmittel:  Rollstuhl  Rollator  
 Sonstiges .....

Persönliche Pflege:  eigenständig  nur mit Unterstützung  nicht möglich

Allergien/Unverträglichkeiten:  ja .....  nein

Erschwerung durch:  Wunde(n)  
 offene Lungentuberkulose  
 Sonst. Infektion .....

Suchterkrankung (Drogen, Alkohol):  ja .....  nein

**Lebensabend/Abschied nehmen**

Wir tun alles, damit Ihr Angehöriger/die betreute Person mit seinem Lebensabend zufrieden ist. Unter Umständen ist es aber wichtig, weiterzudenken. Wurde bereits einer der folgenden Schritte unternommen?

Besprechen von Wünschen im Todesfall:

---

---

Vorsorgevollmacht  Betreuungsverfügung  Vertreterverfügung  Patientenverfügung

Unsere Beratungsgespräche sind vertraulich, unentgeltlich (für gesetzlich Versicherte) und individuell auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten.

Ist eine gesundheitliche Vorsorgeplanung erwünscht?  **ja**  **nein**

Datum: .....

Unterschrift.....  
Ggf. Betreuer

Bitte füllen Sie das Formular zur Heimvormerkung vollständig aus und legen Sie einen Arztbrief mit den Diagnosen oder einen Entlassbrief der Klinik bei.  
Schicken Sie die Dokumente an folgende Adresse **info@ddh-tiengen.de** oder rufen Sie uns an unter **07741 965650** und vereinbaren Sie mit uns einen Beratungstermin.

Beratungstermin am .....

bei .....

---