

Erstkontakt und Aufnahme in die Tagespflege

Anfrage zur Aufnahme in die Tagespflege Marie-Juchacz-Haus		Datum der Anfrage:	
Die Anfrage erfolgt: <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> schriftlich			
Angaben zum Kunden:			
Vor- und Nachname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Telefon:		Mobil:	
Diagnose: <input type="checkbox"/> Diab. Mell. <input type="checkbox"/> Marcumar/blutgerinnungshemmende Medikamente <input type="checkbox"/> Allergien			
Kostenträger:		Versicherungsnummer:	
Beihilfeberechtigt:		<input type="checkbox"/> ja	
Pflegegrad:		beantragt am:	
Angaben zum Ansprechpartner:			
<input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Betreuer			
Vor- und Nachname:			
Anschrift:			
Telefon:		Mobil:	
Telefax:		E- mail Adresse:	

Vertretung des Kunden: (Alle vorhandenen schriftlichen Betreuungsnachweise müssen zur Aufnahme vorliegen)			
<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt schriftlich vor (Genauere Bezeichnung der Vollmacht)			
Name Bevollmächtigter:		ggf. ausstellender Notar:	
Adresse Bevollmächtigter:		Vollmacht ausgestellt am:	
Telefon:	Mobil:	Email:	Fax:
<input type="checkbox"/> Amtlich bestellte Betreuung		<input type="checkbox"/> ist beantragt am:	Von:
Betreuungsbereiche:			
		<input type="checkbox"/> besteht seit:	zuständiges Amtsgericht:
Name Betreuer:		GNr / AZ Amtsgericht :	XVII
Adresse Betreuer:			
Telefon:	Mobil:	Email:	Fax:
Patientenverfügung <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor			

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	IIIj-1.1 Erstkontakt Aufnahme Integration		FO TP AF 0002 Erstkontakt und Aufnahme	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG TP	QMB	BGF	3.0	01.12.2017	Seite 1 von 3

Erstkontakt und Aufnahme in die Tagespflege

Derzeitiger Aufenthalt des Kunden:				
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/>	
Anschrift:				
Telefon:			Telefax:	
Angaben zum Hausarzt:				
Name:				
Telefon:			Telefax:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?				
<input type="checkbox"/> Konkrete Empfehlung (Bekannte)	<input type="checkbox"/> Branchen- Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Internet		
<input type="checkbox"/> Pflegeberatung (Verbraucherzentrale)	<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/> Sozialdienst Krankenhaus		
<input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst der AWO-	<input type="checkbox"/> Sonstiger amb. Pflegedienst			
<input type="checkbox"/> Einrichtung ist bekannt	<input type="checkbox"/>			
Angaben zur Versorgung:				
Gewünschter Aufnahmetag:			Datum der Aufnahme:	
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
Rollstuhlfahrer:	<input type="checkbox"/> ja	Information für Fahrdienst:		
Beförderung gewünscht:	<input type="checkbox"/> ja			
Fußgänger	<input type="checkbox"/> alleine		<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Gewünschte Abholzeit	ab frühestens:		ab spätestens:	
Gewünschte Bringzeit	ab frühestens:		ab spätestens:	
Sonstige Versorgung extern z.B. amb. Dienst, Krankengymnastik / Name/Tel.nr.:				

Ort, Datum

Unterschrift des Tagesgastes / Betreuers oder Bevollmächtigten

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	IIIj-1.1 Erstkontakt Aufnahme Integration		FO TP AF 0002 Erstkontakt und Aufnahme	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG TP	QMB	BGF	3.0	01.12.2017	Seite 2 von 3

