

Pflegedienst Glücksblatt



Erstgespräch / Stammblatt

Seite: 1 von 3

Persönliche Daten				Kassendaten				Datum:	Hdz.:
Name		Geschlecht:		Versicherter		Medizinische Diagnosen			
		<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.				D1			
Geburtsname				Geb.-Datum					
Vorname		Geb.-D.		Vers.-Nr.		Status			
Straße				Krankenkasse				D2	
PLZ/Wohnort				Pflegekasse					
Telefon/Mobil				Pflegegrad aktuell	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			D3	
Familienstand		Konfession		Pflegegrad beantragt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
Staatsangehörigkeit				am:				D4	
Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Wohnung Miete <input type="checkbox"/> Eigenheim Wohnung/Haus			Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rezeptbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Stockwerk: _____ <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> in der Familie lebend <input type="checkbox"/> Tagespflege							D5	
Sprache	deutsch: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen andere:								
Haustiere				Leistungsumfang SGB XI				D6	
Bezugspersonen				<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung					
Soziale Rolle				<input type="checkbox"/> Kombileistung <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe				D7	
Name				<input type="checkbox"/> Betreuungsleistung nach § 45b SGB XI					
Straße				<input type="checkbox"/> Grundbetrag <input type="checkbox"/> erhöhter Betrag				D8	
Wohnort				<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege					
Telefon				<input type="checkbox"/> Selbstzahler				D9	
Mobil				<input type="checkbox"/> SGB XII <input type="checkbox"/> SGB V					
Hausarzt:				Facharzt:					
Hier genannte Schlüssel wurden an den Pflegedienst übergeben:				Nr.:				Facharzt:	
<input type="checkbox"/> Haustür <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Kombiniert Haustür/Wohnung <input type="checkbox"/> Briefkasten				Unterschrift PD:				Schlüssel zurückgegeben am:	
<input type="checkbox"/> Haustür/Wohnung darf von PP abgeschlossen werden				Unterschrift Patient:				Unterschrift Patient:	

Status:

1 = Versicherungspflichtige(r) /-berechtigte(r)

3 = familienversichert

5 = Rentner

Pflegedienst Glücksblatt



Erstgespräch / Stamblatt

Seite: 2 von 3

<input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Betreuer/in / <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r)		Hilfsmittel	Pflegerelevante Besonderheiten
Name		<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	Allergie(n) <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> bekannt:
Straße		Hörgerät <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
Wohnort		Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten	
Telefon		Armprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Insulinpflicht
Mobil		Beinprothese <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Ernährungszustand: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie
Wirkungskreis	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	Allgemeinzustand: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Behördengänge	
			<input type="checkbox"/> Wunde:
			Weitere Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> Vertretung gesetzliche/r Betreuer/in / <input type="checkbox"/> Vertretung Bevollmächtigte(r)		1 = Krankenkasse 2 = Pflegedienst	
Name		3 = Patient 4 = Sanitätshaus	Bezugspflege 1:
Telefon		<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	Bezugspflege 2:
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung	Aufbewahrungsort	<input type="checkbox"/> Gehstütze(n)	Aufnahme / Erstgespräch / Pflegevertrag
Freiheitsentziehende Maßnahmen		<input type="checkbox"/> Rollator	Anwesend:
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Gurt <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Bremse Rollstuhl		<input type="checkbox"/> Gehstock	Erstgespräch am
<input type="checkbox"/> mit Einwilligung des Patienten / Unterschrift:		<input type="checkbox"/> Rollstuhl	Geführt von
<input type="checkbox"/> richterlicher Beschluss vom:		<input type="checkbox"/> Pflegebett	Vertragsbeginn
Pflegeunterbrechung			Kostenvoranschlag am
bis		ergänzende Hilfen	
bis		<input type="checkbox"/> Menüservice:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Hausnotruf:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Sanitätshaus:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Fußpflege:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Friseur:	Tel.-Nr.
bis		<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie	

Pflegedienst Glücksblatt

Erstgespräch / Stammbblatt

Seite: 3 von 3



Medikamente	Dosierung	Bedarf
<input type="checkbox"/> siehe Medikamentenplan		

Datum	Hdz.	Notizen - Wünsche /Absprachen mit dem Patienten, den Angehörigen