



Häusliche IntensivPflege Mogli

Auf dem Felde 21 33334 Gütersloh

Anmeldung (), Anfrage () zur Häuslichen IntensivPflege 24 h () individuelle (h) Versorgung

Vor- und Zuname ➡		Geburtsname
Adresse	Straße, PLZ, Ort	Telefon
Geburtsort/-datum	Geburtsort	Geburtsdatum
Familienstand		Konfession
Ehemaliger Beruf		Staatsangehörigkeit
Angehörige	1) Name, Straße, PLZ, Telefon, Funktelefon, E-Mail	wie verwandt
	2) Name, Straße, PLZ, Telefon, Funktelefon, E-Mail	wie verwandt
	3) Name, Straße, PLZ, Telefon, Funktelefon, E-Mail	wie verwandt
Betreuung/Vollmacht oder notarielle Vollmacht	Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Funktelefon, E-Mail	wie verwandt
Hausarzt	Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon	
Krankenhaus	Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Station, Arzt	
Fachklinik	Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Station, Arzt	
Krankenkasse	Name der Krankenkasse, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Versicherungsnummer	
	Krankenkassen Zusage ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Pflegestufe	Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 <input type="checkbox"/> Härtefallstufe <input type="checkbox"/> Antrag auf Einstufung gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Medikamente/Dosuerung	Dosierung				
	Medikament	früh	mittags	abends	nachts
	Allergien: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche:			Herzschrittmacher: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Dekubitus ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja Beschreibung/Lokalisierung:					

Bitte beantworten Sie folgende stichwortartig

<p>Kommunikation: Sprachliches Äußerungsvermögen</p>	<p>Ausscheidung: selbstständig, mit Hilfe, Inkontinenz</p>
<p>An- u. Auskleiden: selbstständig, unter Mithilfe, unselbständig</p>	<p>Ruhe u. Schlaf: Schlafmittel,unruhig, Tag- Nachtumkehr Zeiten des Aufstehens/ Zu- Bett- Gehens</p>
<p>Sozialverhalten: Kontaktfreudig, gehemmt, aggressiv,antriebsarm</p>	<p>Beweglichkeit: selbstständig, mit Hilfsmitteln, bettlägerig</p>
<p>Ernährung: selbstständig, Hilfestellung z.B. zerkleinern, füttern,Diät, Sondennahrung.... bisherige Essenzeiten</p>	<p>Körperpflege: selbstständig, Hilfestellung, unselbständige</p>
<p>Orientierung: zeitlich, örtlich, situativ, zur Person bezogen</p>	

Persönliche Biographie/ Lebenslauf:

Beruf, Familie, wichtige Lebensereignisse (Flucht)

Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig auszufüllen.
Für Ihre Mühe bedanken wir uns.

Ort/ Datum

Unterschrift
Angehörige/r Betreuer