

### Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Bisherige Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aufnahme am** \_\_\_\_\_

Zur  Dauerpflege  Kurzzeitpflege bis zum \_\_\_\_\_

Pflegegrad  kein  1  2  3  4  5  Härtefall  
 ist beantragt  zusätzliche Betreuungsleistungen § 43b

### Versicherungsdaten

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Werden Leistungen von Sozialamt bezogen?  ja  nein

*(Beachten Sie bitte das Formular im Anhang)*

Beihilfeberechtigung vorhanden?  ja  nein

Rezeptgebührenbefreiung vorhanden?  ja  nein

Fahrtkostenbefreiung vorhanden?  ja  nein

*(Ausweise bitte bei uns hinterlegen)*

### 1. Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ (privat) \_\_\_\_\_ (mobil)

E-Mail \_\_\_\_\_

Im Sterbefall benachrichtigen  ja  nein  tagsüber  nachts

### 2. Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ (privat) \_\_\_\_\_ (mobil)

E-Mail \_\_\_\_\_

Im Sterbefall benachrichtigen  ja  nein  tagsüber  nachts

Es besteht eine  gesetzliche **Betreuung**  
 **Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung** (bitte Kopie beilegen)

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ (privat) \_\_\_\_\_ (mobil)

### Aufgabengebiete

Gesundheitsfürsorge  Vermögensfürsorge  Aufenthaltsbestimmung

### Rechnungsempfänger ist

Kontaktperson 1  Kontaktperson 2  Betreuer  Bewohner

Im **Sterbefall** wird folgendes **Bestattungsinstitut** gewünscht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Pastor-Goudefroy-Str. 19-21, 49090 Osnabrück, Tel. 0541 / 2 02 48 - 0, Fax: 0541 / 2 02 48 - 55

**Bewohnername:** \_\_\_\_\_

Der **Hausarzt** ist

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Hausbesuche werden durchgeführt

ja

nein

**Facharzt** ist

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Folgende **Diagnosen** sind bekannt

---

---

---

---

Folgende **Allergien** sind bekannt

---

---

---

---

**Bewohner ist**

Marcumarpatient       ja  nein

Diabetiker       ja  nein      Insulinpflichtig       ja  nein

Es werden folgende **Hilfsmittel** benötigt

Brille       Hörgeräte       Zahnprothesen       Rollstuhl

Rollator       Toilettenstuhl       Inkontinenzartikel       \_\_\_\_\_

**Fixierung**

Fixierung im Bett       Fixierung im Stuhl

Fixierungsgenehmigung liegt vor       ja       nein

**Trinkverhalten**

Ich trinke       genügend (ca.1 – 1,5 Liter am Tag)  wenig

Ich trinke gerne       Wasser mit Kohlensäure (medium)  Säfte

Wasser ohne Kohlensäure       \_\_\_\_\_

selbständig       muss motiviert oder angereicht werden

**Essverhalten**

Ich esse       genügend       wenig

Ich esse lieber       süß       herzhaft       salzig       abwechselnd

**Lieblingsspeisen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Abneigungen und Unverträglichkeiten** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

selbständig       muss motiviert oder angereicht werden

## Tagesablauf / Kurzbiografie

**Gewohnheiten** Gewohnte Aufstehzeit \_\_\_\_\_ Uhr  
Gewohnte Zeit zu Bett zu gehen \_\_\_\_\_ Uhr  
Mittagsschlaf  ja  nein  manchmal

**Pflege**  Ich wasche mich meist am Waschbecken  
 Ich bade gerne  Ich dusche gerne  \_\_ Mal / Woche  
Ich putze mir die Zähne  morgens  abends  
 nach jeder Mahlzeit  
Ich rasiere mich  trocken  nass  \_\_ Mal / Woche  
Ich gehe regelmäßig zum Frisör  alle \_\_\_\_ Wochen  nein  
Ich gehe regelmäßig zur Fußpflege  alle \_\_\_\_ Wochen  nein  
Ich kleide mich täglich frisch  ja  nein

**Besondere Rituale oder Abläufe** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verhaltensweisen**  lebhaft  mitteilhaft  fröhlich  offen  
 ruhig  ausgeglichen  ängstlich  
 ordnungsliebend  \_\_\_\_\_

**Wärme / Kälteempfinden**  Mir wird schnell warm  Ich komme schnell ins Schwitzen  
 Ich friere leicht  keine Besonderheiten

**Beschäftigung**     Ich bin gerne alleine     Ich bin gerne in Gesellschaft

Was erfreut Sie?     Fernsehen    z.B. \_\_\_\_\_

Radio hören    Sender \_\_\_\_\_

lesen    z.B. \_\_\_\_\_

Spazieren gehen

sich unterhalten     \_\_\_\_\_

Ich bin religiös interessiert     ja     nein

Ich gehe regelmäßig zum Gottesdienst     ja     nein

**Bestimmte Gewohnheiten / Vorlieben / Interessen** (z.B. Rauchen, Naschen,

Gläschen Wein am Abend, Sport, Tierliebe, usw.) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Wäscheversorgung**

Die gesamte Wäsche wird **privat** gewaschen

(nur Langzeitpflege)     Die Wäsche wird **im Haus** gewaschen     nur Kochwäsche

**Sonstige wichtige Informationen** \_\_\_\_\_

---

---

---

---