



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

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

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 _____
