

Fragebogen zur Anfrage Aufnahme im Brabenderstift Zülpich

Anfrage Kurzzeitpflege

oder vollstationäre Pflege

KZP gewünscht von _____ bis _____ aus _____

Krankenhaus

von Zuhause

Was ist das Ziel der KZP? _____

Was geschieht nach der KZP? _____

Vollstationäre Pflege gewünscht ab: _____

Anfrage für:

Name, Vorname _____

Geburtsname _____

Geb. Datum/Ort _____ in _____

Adresse _____

Familienstand: _____

Pflegegrad _____ seit wann _____

Größe _____

Gewicht _____

Pflegekasse/Krankenkasse _____ Vers. Nr. _____

Befreiung der Rezeptgebühr ja/nein

Hausarzt _____

Ansprechpartner:

Name, Vorname _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Adresse _____

Mobile Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Vorsorgevollmacht ja/nein Patientenverfügung ja/nein

Allergie vorhanden, falls ja welche _____

Herzschrittmacher vorhanden Ja Nein

Hilfsmittel körpernah/fern

- Zahnprothese oben
- Zahnprothese unten
- Hörgerät rechts
- Hörgerät links
- Brille
- Rollator
- Rollstuhl

Unterstützungsbedarf bei der Orientierung

- Zur Zeit
- Zur Situation
- Zum Ort
- Inadäquate Verhaltensweisen
- Motivation
- Schlafgewohnheiten

Pflegerelevante Unterstützung

- Mobilität, Bewegung
- Ernährung
- Flüssigkeit
- Wundversorgung
- Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen
- Injektionen
- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Orientierung
- Körperpflege
- Medikamentenmanagement
- An- und Auskleiden
- Duschen
- Körperpflege
- Sonstiges

Kurze Beschreibung Tagesablauf, Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen

Wichtige Informationen, aktuelle Krankenhausaufenthalte
