Daten Interessent			
Name:		**Geboren am:**	
Anschrift:		**Derzeitiger Aufenthalt:**	

Ansprechpartner (Angehöriger, Betreuer, Bevollmächtigter)			
Name:		**Mobil:**	
Tel:		**E-Mail:**	

Informationen zum Erstgespräch	
Datum:	
Uhrzeit:	
Erstgespräch geführt durch:	

Anfrage		
☐ **Dauerpflege**	**Aufnahmedatum:**	
☐ **Kurzzeitpflege**	**Zeitraum:**	

Pflegerelevante Daten				
Liegt ein Pflegegrad vor?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Welcher?**	
Pflegekasse?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Hautschäden/Wunden/Dekubiti?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Betäubungsmittel?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Diabetes?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht eine Weg-/ Hinlauftendenz?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht eine Sturzgefahr?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Bestehen Kontrakturen?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht nächtliche Unruhe?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht ein auffälliges Verhalten?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht eine Inkontinenz?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht eine Suchterkrankung?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht eine psychische Störung?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht Selbst-/ oder Fremdgefährdung?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Körperliche Behinderungen?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Besteht eine Desorientierung?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Bestehen ansteckende Krankheiten?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege (Trachealkanüle, ZVK, Stoma usw.)?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Kommt der Hausarzt ins Haus?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Info Doppelzimmer weitergegeben?	☐ **ja**	☐ **nein**	**Bemerkung:**	
Hilfsmittel: ☐ **Rollstuhl** ☐ **Rollator**	☐ **Sauerstoffgerät**		**Bemerkung:**	

Bestehende Diagnosen:	
Sonstiges:	