

Kapitel 3.1.a	Qualitätsmanagementhandbuch DRK-Nordrhein gGmbH	Deutsches Rotes Kreuz  DRK-Haus „ Am Volksgarten“ für Menschen mit Behinderungen
--------------------------	--	--

Persönlicher Fragebogen (Anfrage-/ Aufnahmeformular)

Bitte übersenden Sie uns mit diesem Bogen möglichst aktuelle Informationen über das Krankheitsbild der Interessentin/des Interessenten (z. B. Entlassungsberichte von Kliniken, Kuren o. ä.)

Persönliche Stammdaten (des potentiellen Nutzers)	
Name:	Geburtsname:
Vorname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geb. Ort:
Konfession:	Fam. Stand:
Adresse: Straße: PLZ/ Ort: Tel./Fax/mobil:	
Wohnt Interessent allein? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Derzeitiger Aufenthalt:	
Krankenhaus <input type="radio"/> Reha-Klinik <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> siehe oben <input type="radio"/>	
Adresse: Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil:	
Krankenkasse:	
Adresse: Straße: _____ PLZ/ Ort: _____	
Zuzahlungsbefreit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Gesetzlich: <input type="radio"/>	
Privat: <input type="radio"/>	
Vers.nr.: _____	

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 1
F. Aziz- Safi/ HGF	A. Lambertz Aziz Safi/ PDL	C. Meyer/ QMB	5	01.02.2017	von 6

Kapitel 3.1.a	Qualitätsmanagementhandbuch DRK-Nordrhein gGmbH	Deutsches Rotes Kreuz  DRK-Haus „ Am Volksgarten“ für Menschen mit Behinderungen
-------------------------	--	---

Grad der Pflegebedürftigkeit	
Bei Vorliegen eines Pflegegrades bitte Kopien der Bescheide übersenden.	
Pflegeeinstufung erfolgt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Datum: _____
Antrag auf Höherstufung gestellt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Datum: _____
MDK Besuch erfolgt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Datum: _____
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Hausarzt	Facharzt
Name:	Name:
Straße:	Straße:
PLZ/ Ort:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
1.Nächste Angehörige/Bezugspersonen:	
Name:	Vorname:
Adresse	
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Tel./mobil	
Erreichbarkeit:	Verwandtschaftsgrad:
2.Nächste Angehörige/Bezugspersonen (optional):	
Name:	Vorname:
Adresse	
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Tel./mobil	
Erreichbarkeit:	Verwandtschaftsgrad:

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 2
F. Aziz- Safi/ HGF	A. Lambertz Aziz Safi/ PDL	C. Meyer/ QMB	5	01.02.2017	von 6

Kapitel 3.1.a	Qualitätsmanagementhandbuch DRK-Nordrhein gGmbH	Deutsches Rotes Kreuz  DRK-Haus „ Am Volksgarten“ für Menschen mit Behinderungen
--------------------------	--	--

Angaben zur Betreuung oder Vollmacht

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor? ja nein beantragt

Name, Vorname:

Straße:

PLZ/ Ort:

Tel./ mobil:

Betreuungsbereiche:

- Gesundheitsfürsorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Vermögenssorge
- Wohnungsangelegenheiten
- Post
- alle Angelegenheiten

Liegt ein gerichtlicher Fixierungsbeschuß vor?

Nein Ja,

für:

- Bettgitter
- Therapiestuhl
- Bauchgurt
- sonstiges: _____

Aktenzeichen:

Bei Vorliegen bitte Kopien der Bescheide übersenden.

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 3
F. Aziz- Safi/ HGF	A. Lambertz Aziz Safi/ PDL	C. Meyer/ QMB	5	01.02.2017	von 6

Kapitel 3.1.a	Qualitätsmanagementhandbuch DRK-Nordrhein gGmbH	Deutsches Rotes Kreuz  DRK-Haus „ Am Volksgarten“ für Menschen mit Behinderungen
--------------------------	--	--

Angaben zum Allgemeinzustand			
Liegt eine Demenz vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Besteht eine Hinlauftendenz?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Örtlich:	<input type="radio"/> orientiert	<input type="radio"/> teilweise orientiert	<input type="radio"/> desorientiert
Zeitlich:	<input type="radio"/> orientiert	<input type="radio"/> teilweise orientiert	<input type="radio"/> desorientiert
Situativ:	<input type="radio"/> orientiert	<input type="radio"/> teilweise orientiert	<input type="radio"/> desorientiert
Persönlich:	<input type="radio"/> orientiert	<input type="radio"/> teilweise orientiert	<input type="radio"/> desorientiert
Diabetes:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> Typ I	<input type="radio"/> Insulinpflichtig
	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Typ II	<input type="radio"/> Tablettenpflichtig
Hilfebedarf			
Essen/Trinken	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Körperpflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Kontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Rollstuhlnutzung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Ankleiden OK	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Ankleiden UK	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Transfer	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Gehen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
O mit Hilfe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Treppensteigen			
O mit Hilfe			
O mit Hilfe			
Harnkontinent:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Stuhlkontinent:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Inkontinenzmaterial:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Welches:	_____		
Medikamenteneinnahme			
Medikamente stellen:			
<input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> durch PFK			
Medikamente vorbereiten:			
<input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> durch PFK			
Medikamente einnehmen			
<input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> durch PFK			
Dauerkatheter:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Suprapubisch	<input type="radio"/>		
Transurethral	<input type="radio"/>		
Charriere:	_____		

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 4
F. Aziz- Safi/ HGF	A. Lambertz Aziz Safi/ PDL	C. Meyer/ QMB	5	01.02.2017	von 6

Kapitel 3.1.a	Qualitätsmanagementhandbuch DRK-Nordrhein gGmbH	Deutsches Rotes Kreuz  DRK-Haus „ Am Volksgarten“ für Menschen mit Behinderungen
-------------------------	--	---

Liegt momentan eine Druckstelle, oder eine andere Form eines Hautdefektes vor?
 nein ja: _____ (bitte betroffenen Bereich benennen)

Erkrankungen/ Sonstiges:

Folgende Unterlagen müssen spätestens zum Vertragsabschluss vorliegen:

Personalausweis (Kopie) gültig bis: _____	<input type="radio"/>	Patientenverfügung	<input type="radio"/>
Vorsorgevollmacht oder Bestallungsurkunde	<input type="radio"/>	Krankenversichertenkarte (Kopie) gültig bis: _____	<input type="radio"/>
Zuzahlungsbefreiung* (Kopie) gültig bis: _____	<input type="radio"/>	Schwerbehindertenausweis (Kopie) gültig bis: _____	<input type="radio"/>
Fragebogen Arzt (wichtig: aktuelle Medikamentenliste!)	<input type="radio"/>	Ärztliches Zeugnis keine ansteckenden Krankheiten	<input type="radio"/>
Inkontinenzbescheinigung	<input type="radio"/>	Bescheid über aktuelle Pflegegrad (mit Fragebogen zurück senden!)	<input type="radio"/>
Benachrichtigung der Pflegekasse	<input type="radio"/>	Antrag: Nachweis über zusätzliche Betreuungsleistung § 43 b/ SGB XI	<input type="radio"/>
Notwendigkeitsbescheinigung für Aufnahme in ein Heim	<input type="radio"/>	Rentenüberleitung	<input type="radio"/>
Zahlungsverpflichtung/ Kostenübernahme	<input type="radio"/>	Rentenunterlagen* Rentenhöhe: _____	<input type="radio"/>

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 5
F. Aziz- Safi/ HGF	A. Lambertz Aziz Safi/ PDL	C. Meyer/ QMB	5	01.02.2017	von 6

Kapitel 3.1.a	Qualitätsmanagementhandbuch DRK-Nordrhein gGmbH	Deutsches Rotes Kreuz  DRK-Haus „ Am Volksgarten“ für Menschen mit Behinderungen
--------------------------	--	--

GEZ Befreiung <input type="radio"/>	Antrag auf Sozialhilfe gestellt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sollten notwendige Unterlagen nicht vorliegen: Wer ist zuständig? Name, Vorname: Straße: PLZ/ Ort: Tel./Fax/mobil:	

* sofern beantragt bzw. eingerichtet

Ort, Datum

Unterschrift

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 6
F. Aziz- Safi/ HGF	A. Lambertz Aziz Safi/ PDL	C. Meyer/ QMB	5	01.02.2017	von 6