kkhm
Brabenderstift
Zülpich

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

_____

_____

_____