

Aufnahmebogen Tagespflege allg.

Name, Vorname:											
Adresse:					mobil:						
Geburtsdatum:			Geb.-Name:			Geb-ort:					
Staatangehörigkeit			Fam.-Stand:			Religion:					
Krankenkasse:			Vers.-Nr.:			Pflegegrad mit entsprechender Bestätigung:					
Bezugsperson(en):	1.										
	2.										
	3.										
Hausarzt:											
Fachärzte:	1.										
	2.										
	3.										
Diagnosen:											
Allergien:					MRSA/MRGN:						
Lebensmittel-unverträglichkeiten:											
mögliche Risiken:	Dekubitusrisiko	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen:	Mangelernährung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	Sturzrisiko	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		Kontrakturen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	Harninkontinenz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		chron. Wunden	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	ak. u. ch. Schmerz	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel, Inko-Material:											
Gerichtl. Betreuer:					Unterschriftsfähig?						
SGB V-Leistungen in TP:					Name des akt. Pflegedienstes:						
Beruf:											
Hobbies:											
Pflegevertrag TP:			Abtretungs-erklärung:			Nutzung § 45b XI/ 125,00 € möglich:					
Kostenträger Informiert:			Medi-Plan angefordert:			Pflegegutachten angefordert:					
Anmerkungen:											
Bitte nennen Sie Gründe, warum Sie die TP besuchen möchten: (für SIS)											
„Schau‘n wir mal Tag“ (Datum):				Geplante(r) Besuchstag(e):							
Datum:				Unterschrift PFK:		Empfehlung durch:					

4.7.4 Aufnahmebogen TP

Seite 2

TP OB

TP DU

Goethestr. 65 Tel.: 0208 – 63 55 78 40

46047 Oberhausen Fax: 0208 – 30 67 83 37

IK-Nr.: 512513732, 510520680 Mail: info@pflege-oberhausen.de