

Name des Mitarbeiters:	Datum :
Kunde ist auf ambulanten Dienst aufmerksam geworden durch:	

Urlaubspflege findet statt von:	bis:
Urlaubsadresse (ggf. auch Zimmernummer):	

Kundendaten / Heimatadresse des Kunden

Name :	Vorname :	Geburtsdatum:
Straße :	PLZ :	Ort :
Telefon :	Fax :	
Nationalität:	Familienstand:	

Daten des Angehörigen: Ehepartner Sohn/ Tochter Geschwister Betreuer

Name :	Vorname :	
Straße :	PLZ :	Ort :
Telefon :	Fax :	

Gibt es Vorsorgevollmachten/ Betreuungsvollmachten?	<input type="radio"/> ja, nämlich (Umfang): <input type="radio"/> nein, nicht nötig
---	--

Krankenkasse:	
---------------	--

Versichertennummer:	
---------------------	--

Pflegegrad:	<input type="radio"/> ohne <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 seit:	beantragt am:
-------------	--	---------------

Hausarzt:	
-----------	--

Vorstellungen und Wünsche zur Versorgung (z.B. Leistungen, Uhrzeit der Versorgungen)	
--	--

Abrechnung erfolgt über / durch:	<input type="radio"/> Privatrechnung <input type="radio"/> §45 - Leistungen <input type="radio"/> SGB XI – Leistungen <input type="radio"/> Verhinderungspflege <input type="radio"/> SGB V – Leistungen <input type="radio"/>
----------------------------------	--

Zeit der Versorgungen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Früh							
Vormittag							
Mittag							
Nachmittag							
Abend							
Spät							
Nacht							

Datum :	Unterschrift Mitarbeiter :
----------------	-----------------------------------

Sehr geehrte Kunden und Angehörige,
wir möchten gerne dazu beitragen, dass Ihr geplanter Urlaub ein schönes Erlebnis wird! Um das zu ermöglichen, wünschen wir uns noch einige Angaben zur Versorgungssituation von Ihnen. Bitte füllen Sie den Bogen aus und schicken ihn an die Einrichtung per Post zurück.

Vielen Dank und bis bald!

Welcher Hilfebedarf besteht in der Kommunikation? (z.B. Sehbeeinträchtigung, Hörbeeinträchtigung, sprachliche Einschränkungen):

Welche Hilfsmittel zur Kommunikation werden verwendet? (z.B. Brille, Hörgerät):

Besteht eine Demenz? Ja Nein

Wenn „Ja“, wie äußert sich die Demenz? (z.B. Orientierung zeitlich, örtlich, persönlich):

Welcher Hilfebedarf besteht in der Mobilität? (z.B. Einschränkungen beim Gehen, Sitzen, Liegen):

Besteht eine erhöhte Sturzgefahr? Ja Nein

Besteht eine erhöhte Gefahr des Wundliegens? Ja Nein

Welche Hilfsmittel zur Bewegung werden verwendet? (z.B. Rollstuhl, Rollator, Gehstock):

Welche Diagnosen liegen vor?

Welche Medikamente und Behandlungspflegen (z.B. Kompressionsstrümpfe, Einreibungen, Wundverbände) sind vom Arzt verordnet? (fügen Sie ggf. den Medikamentenplan als Anlage hinzu):

Welcher Hilfebedarf besteht bei der Körperpflege? (z.B. Waschen / Duschen, Mundpflege, An- und Auskleiden):

Welcher Hilfebedarf besteht bei der Ausscheidung? (z.B. Toilettengänge, Versorgung mit Inkontinenzmaterial):

Bitte beschreiben Sie kurz den Ablauf: welche Tätigkeit in der Urlaubspflege darf der Pflegedienst übernehmen? :

Welche Besonderheiten, Wünsche und Vorlieben sollte der Pflegedienst kennen und beachten? :

Dok. Nr.	Datum	Erstellt	Version	Geprüft	Freigabe	Geltungsbereich	Seite 1 / 1
U 3.1.1.7	06.07.2018	QMB	1	PDL ambulant	QMB	Ambulante Pflege	