

Persönlicher Fragebogen

Anfragedatum:	geschlossen <input type="checkbox"/>	offen <input type="checkbox"/>
	Pflege <input type="checkbox"/>	Eingliederung <input type="checkbox"/>
Zimmernachbar gewünscht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**1. Persönliche Stammdaten des zukünftigen Bewohners**

Name:		Geburtsname:		Vorname:	
Geburtsdatum:			Geburtsort:		
Ort/ Landkreis:			Staatsangehörigkeit:		
Religion:			Familienstand:		
Größe:			Gewicht:		
Behindertenausweis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		AZ:	Grad d. Behinderung:	
	gültig bis:			Merkzeichen:	
Letzte Anschrift:	-----				Tel.: _____
Diagnosen/ ICD: (Epikrisen beifügen)					
Bisherige oder zukünftige ärztliche Betreuung:					
Hausarzt:					
Fachärzte:					

**2. Angaben zum derzeitigen Aufenthalt (falls abweichend von letzter Anschrift s.o.)**

Einrichtung/Klinikum/Privatadresse etc.:	
Ansprechpartner:	
Straße:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Fax:
Email:	

3. Nächste Angehörige/ Bezugspersonen			
Name:		Vorname:	
Anschrift:		Tel.:	
Verwandtschaftsgrad:		Kontakt erwünscht	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

4. Hilfsmittel		
gehfähig <input type="checkbox"/>	mobil mit Rollstuhl <input type="checkbox"/>	immobil/ bettlägerig <input type="checkbox"/>
Hilfsmittel:		
Besonderheiten (z.B. PEG, FEM):		

5. Grad der Pflegebedürftigkeit				
Pflegegrad:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Höherstufung beantragt:		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

6. Gesetzliche Betreuung/ Vorsorgevollmacht	
Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/>	Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>
Aufgabenbereiche:	
Name:	Vorname:
Anschrift:	Tel.:
	Fax:
	E-Mail:

7. Leistungsträger/ Finanzierung	Sozialhilfeempfänger: <input type="checkbox"/>
Zuständiges Sozialamt:	
Sachbearbeiter:	
Tel.:	E-Mail:
Krankenkasse	
Versicherungs-Nr.:	Selbstzahler <input type="checkbox"/>
Rentenansprüche	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**8. Angefügte Unterlagen in Kopie**

Personalausweis	<input type="checkbox"/>	Betreuerausweis	<input type="checkbox"/>
Epikrisen	<input type="checkbox"/>	Entwicklungsbericht	<input type="checkbox"/>
Medikamentenplan	<input type="checkbox"/>	Hilfe- oder Pflegeplanung	<input type="checkbox"/>
Gutachten (z.B. psychiatrisch, MD)	<input type="checkbox"/>	Teilhabeplanung (z.B. ITP)	<input type="checkbox"/>
Unterbringungsbeschluss nach §1831 BGB	<input type="checkbox"/>	Beschluss freiheitsentziehende Maßnahme	<input type="checkbox"/>
Bescheid des Pflegegrades	<input type="checkbox"/>		