



### Anmeldung Interessentendaten

Eingang/ Datum			
Gewünschte Pflegeart	<input type="checkbox"/> vollstationäre Dauerpflege	<input type="checkbox"/> KZP/VHP	<input type="checkbox"/> Allg. <input type="checkbox"/> Demenz
Zimmerwunsch	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Egal		
<b>Pflegebedürftige Person</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Name, Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort			
Telefon			
Geburtsname			
Geb.-dat.		Geb.-ort	
Staatsangehörigkeit	Geburtsland:		
Sprache bei Migration	wird deutsch gesprochen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	wird deutsch verstanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Personenstand	<input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> _____		
Konfession	<input type="checkbox"/> ev. luth. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> _____		
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Bescheid vom: _____ <input type="checkbox"/> Höherstufung ist beantragt <input type="checkbox"/> per Eilverfahren		
Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Zuzahlung befreit?		
Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
Hausarzt, Telefon, Mail			
1. Facharzt, Telefon, Mail			
2. Facharzt, Telefon, Mail			
Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> KH Preetz <input type="checkbox"/> städt. KH Kiel <input type="checkbox"/> UKSH Kiel <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Reha _____ Name/ Tel. Sozialdienst: _____ <input type="checkbox"/> häuslicher Bereich <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		



# Das Haus am Kloostergarten

Krankheitsbild, Allgemein- zustand, akutes Geschehen	
---	--

	Kontaktperson 1	Kontaktperson 2
Verwandschafts-/ Bezugsverhältnis	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ehe-/ Lebenspartner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ehe-/ Lebenspartner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> _____
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> wird nicht benötigt	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> wird nicht benötigt
Vorsorge- vollmacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name, Vorname		
Strasse		
PLZ, Ort		
Telefon		
Mobil		
E-Mail		

\*\*\*\*\* Von hier an durch die Einrichtung auszufüllen \*\*\*\*\*

Beratungs- bzw. Besichtigungstermin	am, um _____ mit <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> PDL
-------------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Aufnahmetermin: _____ Zimmer-Nr. _____
<input type="checkbox"/> Warteliste, weitere Vereinbarungen: