

Pflegezentrum Lebensfreude

ambulanter Pflegedienst - Tagespflege – Kurzzeitpflege - vollstationäre Pflege

Tel.: 02462 – 20 25 19



www.pflege-lebensfreude.de - kontakt@pflege-lebensfreude.de

ERSTGESPRÄCH

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Pflegeeinrichtung interessieren. Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Leistung. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

- ambulante Pflege: § 37.3 Beratungsbesuch Grundpflege SGB XI Behandlungspflege SGB V SGB XI und SGB V
- Tagespflege: Linnich Titz Hückelhoven Bedburg
- stationäre Pflege: Kurzzeitpflege vom _____.____.20___ bis _____.____.20___ dauerhaft

Persönliche Daten:

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsname: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Ort.: _____
Telefon-Nr.: _____ Geb.-Dat.: _____ Geburtsort: _____
Familienstand.: _____ Staatsangeh.: _____ Konfession: _____
Pflegegrad, seit: _____, _____ Pflegekasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Daten der Angehörigen / Vertrauenspersonen / gesetzl. Betreuer:

1. Vorname: _____ Nachname: _____ Beziehung: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Telefon-Nr.: _____
2. Vorname: _____ Nachname: _____ Beziehung: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Telefon-Nr.: _____

Gesetzliche Betreuung: ja nein Vorsorgevollmacht: ja nein

Weitere Daten:

Hausarzt: _____ Ort / Telefonnr.: _____
Facharzt: _____ Ort / Telefonnr.: _____
Vertretung: _____ Ort / Telefonnr.: _____

Gewünschte Leistungen:

ambulante, häusliche Pflege / Leistung beginnt am: _____

Mo Di Mi Do Fr Sa So Feiertags wie Sonntags oder Wochentags

morgens LK: _____ mittags LK: _____ abends LK: _____

Tagespflege / Besuch ab: _____

Mo Di Mi Do Fr feiertags: ja: nein: Fahrdienst: morgens abends

stationäre Pflege (Angaben zum Zimmerwunsch):

Zimmerart: Einzelzimmer Zweibettzimmer

Einzugstermin: baldmöglichst bis zu 3 Monate später (Warteliste)

Zusatzleistungen: Telefon Pflegeartikel Friseur, Intervall: _____

Ausflüge Apotheke Fußpflege, Intervall: _____

Finanzierung: Selbstzahler Antrag auf Hilfe zur Pflege beim zuständigen Sozialamt

Besondere Pflegesituation: Diabetes Mellitus Wachkoma Beatmung

Dekubitus PEG Blasenkatheter Fixierung MRSA

Tracheostoma vollst. Immobilität Stürze: nein ja, einmal ja, mehrmals

Allergien: nein nicht bekannt ja: _____

Hinweise, individuelle Vorlieben, Wünsche, Besonderheiten:

Ort / Datum

Unterschrift Pflegeeinrichtung

Unterschrift Patient/Gast/Bewohner/Betreuer

Hinweis: Zur Vormerkung für unsere stationären Pflegeeinrichtungen bitten wir Sie, den „ärztlichen Fragebogen“ ausgefüllt beizufügen. Vorsorglich weisen wir daraufhin, dass eine Einstufung in einen Pflegegrad vor dem Ersteinsatz/Tagespflegebesuch/Einzug von großem finanziellem Vorteil für Sie ist. Bei vollstationärer Pflege bitten wir Sie, falls erforderlich, vor Heimeinzug einen Antrag auf Kostenübernahme der ungedeckten Heimkosten zu stellen, da sonst eine Heimaufnahme nicht möglich ist. Für die Kurzzeitpflege bitten wir Sie, frühzeitig den Aufenthalt zu reservieren. Dazu senden Sie und bitte die unterschriebene Reservierungsbestätigung zurück. Gerne führen wir mit Ihnen ein kostenloses, umfassendes Beratungsgespräch über alle Leistungen der Pflegeversicherung sowie Finanzierungsmöglichkeiten und unterstützen Sie bei allen Formalitäten, Anträgen, Umzug oder Heimwechsel. Bitte sprechen Sie uns einfach an. Selbstverständlich behandeln wir Ihre persönlichen Daten gem. DSGVO absolut vertraulich.