

# Interessentenanfrage mit Erstgesprächscheckliste

|                |                                   |                         |              |
|----------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>Klient:</b> |                                   |                         |              |
| Name:          | Mustermann                        | Geboren am:             | 22.07.1931   |
| Vorname:       | Max                               | Derzeitiger Aufenthalt: |              |
| Anschrift:     | Musterstr.11<br>33445 Musterstadt | Telefonnummer:          | 03495/ 26885 |

|                                  |  |        |  |
|----------------------------------|--|--------|--|
| <b>Kontaktperson/ Angehörige</b> |  |        |  |
| Name:                            |  | Tel:   |  |
| Vorname:                         |  | Mobil: |  |
|                                  |  | Email: |  |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Erstgespräch hat stattgefunden am: | Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? |
| Datum: _____                       | _____                                     |
| Uhrzeit: _____                     | _____                                     |

Da wir die medizinische und pflegerische Betreuung unseres neuen Klienten optimal und nach seinen Bedürfnissen angepasst werden soll, und dies in unserem Pflegedienst gewährleisten wollen, bitten wir um genaue **Beantwortung der folgenden Fragen:**

Lebt Klient alleine? ja  nein  Wenn nein, mit: \_\_\_\_\_

Werden SGB V Leistungen benötigt? ja  nein  Bemerkung: \_\_\_\_\_

Wird eine SGB XI Leistung benötigt? ja  nein  Bemerkung: \_\_\_\_\_

Liegt bereits ein Pflegegrad vor? ja  nein  Wenn ja, seit: \_\_\_\_\_

Welche Pflegegrad liegt lt. Pflegekasse vor? PG1  PG 2  PG 3  PG 4  PG 5

Liegt das MDK-Gutachten vor? ja  nein

**Es wird in folgenden Bereichen Hilfe benötigt?**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahme   | <input type="checkbox"/> Palliativversorgung |
| <input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahme | <input type="checkbox"/> Intensivversorgung  |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Haushaltsführung  | <input type="checkbox"/> Betreuung           |

|  |   |
|--|---|
| <b>Folgende Risikofaktoren sind bekannt:</b> | <b>Beratung notwendig:</b>                                |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusgefahr     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Sturzgefahr         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Ernährung           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Opstipation         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kontraktoren        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**Die pflegerische Versorgung wurde bisher durchgeführt:**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> im Krankenhaus                      | <input type="checkbox"/> zu Hause durch Angehörige |
| <input type="checkbox"/> durch einem ambulanten Pflegedienst | <input type="checkbox"/> in einem Pflegeheim       |

**Folgende Hilfsmitteln werden genutzt oder werden benötigt:**

|  | ist vorhanden            | wird benötigt            |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze/ Wechseldruckmatratze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gehwagen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Stock/ Gehhilfe                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Brille                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lagerungsmaterial                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Es werden folgende Pflege- und Betreuungszeiten benötigt:**

morgens Uhrzeit: \_\_\_\_\_
  vormittags Uhrzeit: \_\_\_\_\_
  mittags Uhrzeit: \_\_\_\_\_
  nachmittags Uhrzeit: \_\_\_\_\_
  abends Uhrzeit: \_\_\_\_\_
  sonstige: Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Die leitende Pflegekraft hat in diesem Erstgespräch folgendes erläutert:**

Leistungskatalog
  Pflegevertrag
  Pflegekonzept
  Form und Durchführung der Leistungserbringung
  Personelle Ausstattung
  Erreichbarkeit/Verfügbarkeit des Pflegedienstes
  Art und Form der Kooperation mit anderen Dienste
  §45b SGBXI
  §39 SGB XI
  Beteiligung an Qualitäts-sicherungsmaßnahmen

**Welche Diagnosen sind bekannt?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Name und Adresse der Krankenkasse:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 PLZ/-Ort: \_\_\_\_\_  
 KV-Nr.: \_\_\_\_\_

**Name und Adresse des Hausarztes:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 PLZ/-Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel./ Fax: \_\_\_\_\_

**Name und Adresse des Betreuers:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 PLZ/-Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel./ Fax: \_\_\_\_\_

**Liegt eine Patientenverfügung vor?**

ja  nein

**Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?**

ja  nein

Weiter Bemerkung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Pflegedienstleitung

Klient:

Betreuer/gesetzl. Vormund

Ort, Datum:

Es wird darauf hingewiesen, dass pflegerische Leistungen, die durch den/der Demo Pflegedienst, vor der Feststellung eines Pflegegrades durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse, erbracht werden, durch den Kunden überbrückt werden müssen und dem Kunden privat in Rechnung gestellt werden. Etwaige Ansprüche des Kunden gegenüber seiner Kranken- oder Pflegekasse bleiben hierdurch unberührt.

Pflegedienstleitung

Klient:

Betreuer/ gesetzl. Vormund

Ort, Datum: