

Checkliste "Erstgespräch"

Name: Mustermann	Geboren am: 22.07.1931
Vorname: Max	Derzeitiger Aufenthalt:
Anschrift: Musterstr.11, 33445 Musterstadt	Telefonnummer: 03495/ 26885

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 Pflege benötigt? ja nein Bemerkung: _____

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

Wenn ja, welche Pflegegrad liegt lt. Pflegekasse vor? PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Es wird in folgenden Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität Pflege benötigt:

<input type="checkbox"/> beim Waschen	<input type="checkbox"/> beim Baden und Duschen
<input type="checkbox"/> beim Kämmen und Rasieren	<input type="checkbox"/> bei der Blasen- und Darmentleerung
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen/-Zubettgehen	<input type="checkbox"/> bei der Zahnpflege
<input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> beim Gehen und Stehen
<input type="checkbox"/> im Bereich der Mobilität	<input type="checkbox"/> beim Treppensteigen
<input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Anreichen)	<input type="checkbox"/> beim mundgerechtes Zubereiten der Nahrung

Es wird dauerhafte Hauswirtschaftliche Leistung benötigt:

<input type="checkbox"/> beim Einkaufen	<input type="checkbox"/> beim Beheizen
<input type="checkbox"/> beim Spülen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> beim Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> beim Waschen der Kleidung	<input type="checkbox"/>

Folgende Risikofaktoren sind bekannt:

Dekubitusgefahr

Sturzgefahr

Ernährungsdefizite

Flüssigkeitsdefizite

Schmerzen

Beratung notwendig:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Krankenkassenhilfsmitteln 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	<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 _____
 vormittags _____
 mittags _____
 nachmittags _____
 abends _____

Die leitende Pflegekraft hat in diesem Erstgespräch folgendes erläutert:

<input type="checkbox"/> Leistungskatalog	<input type="checkbox"/> Pflegevertrag	<input type="checkbox"/> Servicekatalog
<input type="checkbox"/> Form und Durchführung der Leistungserbringung	<input type="checkbox"/> Pflegekonzept	<input type="checkbox"/> Erreichbarkeit/Verfügbarkeit des Pflegedienstes
<input type="checkbox"/> Art und Form der Kooperation mit anderen Dienste	<input type="checkbox"/> Personelle Ausstattung	<input type="checkbox"/> Beteiligung an Qualitäts-sicherungsmaßnahmen
	<input type="checkbox"/> Wahrnehmung von Beratungsfunktionen	

Welche Diagnosen sind bekannt?

Name und Adresse der Krankenkasse:

Name: _____
 Anschrift: _____
 PLZ/-Ort: _____
 KV-Nr.: _____

Name und Adresse des Hausarztes:

Name: _____

Name und Adresse des Betreuers:

