



AKUTVORMERKUNG

Familienname		Vorname	
Geburtsname (vor der Eheschließung)		Stand	
Geburtsdatum und Ort		Religion	
Anschrift: Straße		Staatsbürger	
Postleitzahl und Wohnort		Früherer Beruf	
Sozialversicherung		Vers.-Nr.	
Zusatzversicherung		Rez.-Geb. frei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pensionsversicherung		Pens.-Nr.	
Bundespflegegeldstufe		Erhöhung	
bisheriger Hausarzt		Telefon	
Weiterbetreuung durch den HA im HJH möglich		Ja / Nein	Hausarzt neu
Einzug ins Herz-Jesu-Heim		Selbstzahler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Stelle hat Sie an uns vermittelt? Kennen Sie das Heim?			
Bevorzugtes KH?			
Sterbevers./Bestattungsinst.			
<u>Angehörige</u>	Name		
	Anschrift		
	Tel.	verwandt. Verhältnis	
	Name		
	Anschrift		
	Tel.	verwandt. Verhältnis	
<u>Sachwalter</u>	Name		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anschrift		
	Tel.	verwandt. Verhältnis	

Angemeldet am: _____ Von: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

EZ oder DZ erwünscht: _____

Besucht am / von (HZ): _____

• **Med./pfl. Daten:**

Suchterkrankungen:	Spezielles: <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> MRSA pos. <input type="checkbox"/> ESBL, <input type="checkbox"/> antikoaguliert <input type="checkbox"/> Decubitus	<input type="checkbox"/> Ulcus <input type="checkbox"/> Neglect <input type="checkbox"/> Umtriebig <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Adipositas
--------------------	---	---

• **Diagnosen:**

• **Medikamente:**

Arzneimittel	morgens	mittags	abends	nachts

• **Bemerkungen:**

BewohnerIn ...	Ja	Nein	Sonstige Vermerke:
kann selber gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
geht mit Hilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
kann selber essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
braucht Hilfe beim Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ist DiabetikerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
insulinpflichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
isst Normalkost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
isst Diätkost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
leidet unter Schluckstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ist harninkontinent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ist stuhlinkontinent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ist sturzgefährdet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ist in der Nacht ruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
kann WC selbst. benutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
kann DU selbst. benutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. ja nein

Datum Unterschrift

Sie können dies jederzeit ohne Angabe von Gründen persönlich, telefonisch oder per Mail widerrufen!