

Aufnahmebogen Kurzzeitpflegegast

Name, Vorname: _____ geb. _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Zeitraum: von _____ bis _____

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Hausarzt: _____ Pflegegrad: _____

Name Angehörige/Betreuer: _____

Adresse Angehörige/Betreuer: _____

Telefon-Nr. / Fax-Nr. / E-Mail _____

Liegt Inkontinenz vor?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Welches IKM
Stuhlinkontinenz					
Harninkontinenz					

Nächtliche Unruhe?				
--------------------	--	--	--	--

bettlägrig?				
-------------	--	--	--	--

Wird Hilfe benötigt, wenn ja wobei? _____

Gewicht:	normal	Übergewicht	Keime:	MRSA	ESBL	E-Colli	andere
	(wo besiedelt ?)						

Mobilität:	Rollstuhl	Rollator	Gehilfe	keine
------------	-----------	----------	---------	-------

Bestehen bei Gast: _____

Suchtkrankheiten: _____ psychische Störungen: _____

körperliche Behinderung: _____

Ist Gast desorientiert?	zeitlich	örtlich	persönlich	situativ
-------------------------	----------	---------	------------	----------

Insulinpflichtig:	Ja / Nein	eigenes BZ-Gerät:	Ja / Nein
-------------------	-----------	-------------------	-----------

Demenz:	Ja / Nein	Weglaufgefährdet:	Ja / Nein
---------	-----------	-------------------	-----------

Sturzgefährdung:	Ja / Nein	Allergien:	_____
------------------	-----------	------------	-------

Diagnosen: _____

wohin geht der Gast nach KZP: _____

Corona-Impfung:	Erste	Zweite	Dritte	wann:	_____
-----------------	-------	--------	--------	-------	-------

Geboostert: ja / nein

Aufnahme am: _____ von: _____ abgesagt am: _____

telefonisch/persönlich/durch wen