

**PATIENTENANFRAGE
 TAG und NACHT DAHEIM**

Persönliche Angaben der Kontaktperson:

Anrede: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Geburtsdatum: _____ SVNR.: _____

Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person:	
Gesetzliche/r Vertreter/in oder Sachwalter/in:	ja, seit
Vertretungsbevollmächtigte/r:	ja

Persönliche Angaben der Pflegeperson:

Anrede: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Geburtsdatum: _____ SVNR.: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Ilse Stüpplin e.U. | Strauchweg 4 | 8501 Lieboch
Tel.: +43(0)3136 61 32 4 | Mobil: +43(0)699 11 63 58 02
Mail: pflegemitherz@gmx.at | Web: www.pflegemitherzdaheim.at

Kontaktpersonen für den Alltag und Notfall:

1. Kontakt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

2. Kontakt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

3. Kontakt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

Behandelnde/r Ärztin / Arzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

Ilse Stüpplin e.U. | Strauchweg 4 | 8501 Lieboch
 Tel.: +43(0)3136 61 32 4 | Mobil: +43(0)699 11 63 58 02
 Mail: pflegemitherz@gmx.at | Web: www.pflegemitherzdaheim.at

Pflegestufe:	1	2	3	4	5	6	7
Wohnt in:	eigenem Haus			Eigener Wohnung			
Wohnt:	Allein	1 Person		Mehrere Personen			
Tiere im Haushalt	Ja	Nein	Wenn ja, welche _____				

Krankheitsmerkmale:

(Demenz, Alzheimer, MS-Patient, Inkontinenz, geistig behindert, etc)

Derzeitiger gesundheitlicher Zustand: _____

Die Pflegeperson ist:
 * z.B.: Rollstuhl, Gehhilfe

gehfähig	teilweise mobil*	Total bettlägerig
----------	------------------	-------------------

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person mitversorgt werden?

ja	nein
----	------

Notwendige Hilfe für die Pflegeperson:

Aufstehen/zu Bett gehen	ja	nein
Waschen/Duschen	ja	nein
An-/Auskleiden	ja	nein
Frisieren/Rasieren, etc.	ja	nein
Essen/Trinken	ja	nein
Diät/sonstige Ernährungsvorschriften	ja	nein
Inkontinenzprodukte wechseln	ja	nein
Toilette/WC	ja	nein
Medikamenteneingabe/Spritzen	ja	nein

