

Patient: männlich weiblich

Patientennummer Zimmer-Nr. Station

Name, Vorname

Geb. Datum PKV/GKV

Sozialberatung / Dokumentation



Verteiler: Patientendokumentation

<p><u>Pflegeversicherung</u></p> <p>_____ Hz.</p> <p><input type="checkbox"/> Patient / <input type="checkbox"/> Angehörige informiert und beraten am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Antrag wurde gestellt am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> MDK eingeschaltet am: _____ für <input type="checkbox"/> ambul. / <input type="checkbox"/> stat. Pflege</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzgutachten erhalten am: _____ Stufe: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> Antrag auf Bescheinigung der Heimnotwendigkeit an MDK</p> <p><u>2. Ambulante Pflege und Versorgung</u></p> <p>_____ Hz.</p> <p><input type="checkbox"/> Patient / <input type="checkbox"/> Angehörige informiert und beraten: _____</p> <p>sowie Vermittlung von: <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> 24-Std-Pflege</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Familienpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Palliativdienst <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Notruf</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfsmittel bestellt am: _____ geliefert am: _____</p> <p><u>3. Stationäre Pflege und Versorgung</u></p> <p>_____ Hz.</p> <p><input type="checkbox"/> Patient / <input type="checkbox"/> Angehörige informiert und beraten am: _____</p> <p>sowie Anmeldung in: <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Hospiz</p> <p><u>4. Sozialrechtliche Information und Beratung</u></p> <p>_____ Hz.</p> <p><input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> Härtefond</p>	<p><u>6. Rechtliche Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB</u></p> <p>_____ Hz.</p> <p><input type="checkbox"/> Patient / <input type="checkbox"/> Angehörige informiert und beraten am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Antrag beim Amtsgericht erfolgt <input type="checkbox"/> Eilverfahren</p> <p>Gerichtlicher Beschluß liegt vor: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>ja, vom _____ / <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>7. Rehabilitation</u></p> <p>_____ Hz.</p> <p><input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige informiert und beraten am: _____</p> <p><u>8. Psycho-Soziale Interventionen</u></p> <p>_____ Hz.</p> <p><input type="checkbox"/> Suicidversuch <input type="checkbox"/></p> <p>Verlust und Trauer</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfen zur Krankheits-/Lebensbewältigung <input type="checkbox"/></p> <p>bei Suchterkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Probleme in der Familie/Beziehung/Umfeld <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges s. Notiz</p> <p>sowie Vermittlung an: <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/></p> <p>Selbsthilfegruppe</p> <p><u>9. Poststationäre Versorgung / Weiterbehandlung ab:</u></p> <p>_____ Hz.</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulante Hilfen <input type="checkbox"/> KZP <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> externe Geriatrie / Reha <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige</p>
---	---

Arbeitsförderung Rente Wohnungslosenhilfe
 Schwerbehindertenausweis - Antrag gestellt am: _____
 Hilfe für unversorgte Angehörige Sonstige s. Notiz
5. Vollmacht/Patientenverfügung
_____ Hz.

Patient / Angehörige informiert und beraten
am: _____ liegt vor

Einrichtung: _____

10. Notizen: _____

_____ Hz.