



Arbeitsblatt: Stammblatt

A. Formale Daten zum zu pflegenden Menschen			
1. Nachname:		2. Geburtsname:	
3. Vorname:			
4. Anschrift:			
5. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers		
6. Geburtsdatum:		7. Geburtsort:	
8. Konfession:	<input type="checkbox"/> Römisch-katholisch <input type="checkbox"/> Evangelisch <input type="checkbox"/> Muslimisch <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Keine		
9. Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> Keiner <input type="checkbox"/> Liegt vor: <input type="radio"/> Wurde beantragt <input type="radio"/> Pflegegrad 1 <input type="radio"/> Pflegegrad 2 <input type="radio"/> Pflegegrad 3 <input type="radio"/> Pflegegrad 4 <input type="radio"/> Pflegegrad 5		

B. Wichtige medizinische Daten zum zu pflegenden Menschen	
1. Medizinische Diagnosen:	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Wahnzustände <input type="checkbox"/> Halluzinationen <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Andere kognitive Einschränkungen <input type="checkbox"/> Insulinpflichtiger Diabetes <input type="checkbox"/> Blutgerinnungs <u>neigung</u> <input type="checkbox"/> Blutgerinnungs <u>hemmung</u> <input type="checkbox"/> Fehlhörigkeit <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung
2. Orientierung:	<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> Beeinträchtigt <input type="radio"/> Zur Person <input type="radio"/> Zum Ort <input type="radio"/> Zur Zeit <input type="radio"/> Zur Situation
3. Allergien:	
4. Infektionen:	Isolationspflicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Gewicht:	6. Körpergröße:

C. Mitgebrachte Dokumente und Hilfsmittel	
1. Dokumente:	<input type="checkbox"/> Versichertenkarte <input type="checkbox"/> Gerichtlicher Beschluss für eine gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Wunddokumentation <input type="checkbox"/> Weitere:
2. Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges:

D. Daten zur*m Hausärztin/Hausarzt	
1. Name:	
2. Anschrift:	Grillostraße 14, 47169 Duisburg
3. Telefon/-fax:	0203 / 1234567
4. E-Mail:	arzt@dadfar-duisburg.de

E. Daten zur Krankenversicherung	
1. Name der Versicherung:	
2. Versicherungsnummer:	M394278908



Arbeitsblatt: Stammblatt

F. Daten zur*m Ansprechpartner*in

1. Name:			
2. Beziehung zum zu pflegenden Menschen:	<input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner*in <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Gesetzliche*r Betreuer*in <input type="checkbox"/> Andere: <input type="radio"/> Bevollmächtigte*r <input type="radio"/> Bevollmächtigte*r		
3. Telefon:		4. E-Mail:	anne_sommer@sommers_duisburg.de
5. Kontaktaufnahme bei:	<input type="checkbox"/> Zunehmen-der Unruhe des zu pflegenden Menschen <input type="checkbox"/> Verschlechterung des Gesundheitszustandes <input type="checkbox"/> Einleitung von Schutzmaßnahmen <input type="checkbox"/> Ablehnung von pflegerischen Handlungen <input type="checkbox"/> Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme <input type="checkbox"/> Weitere:		

G. Rechtliche Aspekte

1. Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Vorhanden <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden <input type="radio"/> Kopie ist in der Akte hinterlegt	
2. Vorsorgevollmacht:	<input type="checkbox"/> Vorhanden <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden <input type="radio"/> Kopie ist in der Akte hinterlegt	
3. Gesetzliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name, Kontakt: _____ Aufgabenkreis(e): <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="radio"/> Behördenangelegenheiten <input type="radio"/> Freiheitsentziehende Maßnahmen und Unterbringung <input type="radio"/> Gesundheitssorge <input type="radio"/> Postangelegenheiten <input type="radio"/> Vermögenssorge <input type="radio"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="radio"/> Anderer: 	