

Informationsblatt für die Kurzzeitpflege

Aufenthalt im Pflegeheim: _____ von _____ bis _____

Name:	
Vorname:	
Versicherungsnummer:	Pflegestufe:
Adresse:	
Erwachsenenschutzvertretung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Kontaktperson während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes:

Name:	
Adresse:	
Telefon Nummer:	
E Mail:	

Hausarzt:	Dr.
1. Medizinische Diagnose: (bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen, wenn notwendig Rückseite oder Zusatzblatt verwenden)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
2. Medikamente: (bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen, wenn notwendig Rückseite oder Zusatzblatt verwenden)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
3. Allergien/ Unverträglichkeiten (wenn notwendig Rückseite oder Zusatzblatt verwenden)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4. Demenzdiagnose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Pflege- und betreuungsrelevante Informationen:

Besonderheiten: (Schlafgewohnheiten, Ess- und Trinkgewohnheiten usw.)	
Kostform: (Diät, Normalkost, Schonkost usw.)	
Mobilität:	
Kommunikation:	
Kontinenz:	kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/>
Wäsche:	soll im Heim gewaschen werden <input type="checkbox"/> wird zu Hause gewaschen <input type="checkbox"/>