

Qualitätsmanagement QM-Handbuch 000 Kapitel C	Senioren- und Therapiezentrum Rahlstedter Höhe	Geltungsbereich Verwaltung
Interessentenbogen		

Datum: _____

Infomaterial	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rückruf erbeten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Damenbett	<input type="checkbox"/> Herrenbett	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ	Zimmer Nr.:
Wohnbereich/ Pflegeart			
<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Beschützt (offen/ geschlossen)	<input type="checkbox"/> Wachkoma	<input type="checkbox"/> Anderer
Vertragsart			
<input type="checkbox"/> Vollstationär	<input type="checkbox"/> KZP	<input type="checkbox"/> VHP	<input type="checkbox"/> Andere

Aufnahme zum:	_____
Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift	_____

Aufenthalt vor Einzug	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit	
	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung:	_____
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus/ Reha:	_____
Pflegegrad	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤	<input type="checkbox"/> Eilantrag
Pflegekasse		

Bezugsperson/ Betreuer	_____
Anschrift	_____
Telefon/ E-Mail	_____
Unterbringungsbeschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bisheriger Hausarzt	_____
Telefon, Anschrift	_____

übernimmt Hausbesuch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diagnosen/Infektion	
Infektionserkrankungen	
Attest frei von ansteckenden Erkrankungen nach IfSG § 36 Abs.4 Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor
Covid 19 Impfstatus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1. Impfung Datum: <input type="checkbox"/> 2. Impfung Datum: <input type="checkbox"/> 3. Impfung Datum: <input type="checkbox"/> 4. Impfung Datum: Weitere: <input type="checkbox"/> Kontraindikation (Grund):
Orientierungsstatus	

Bemerkungen	

Besichtigungstermin am
