

Checkliste "Erstgespräch"

Name:	Geboren am:
Vorname:	Derzeitiger Aufenthalt:
Anschrift:	Telefonnummer:

Da wir die medizinische und pflegerische Betreuung unseres neuen Klienten optimal und nach seinen Bedürfnissen angepasst werden soll, und dies in unserem Pflegedienst gewährleisten wollen, bitten wir um genaue

Beantwortung der folgenden Fragen:

Lebt Klient alleine? ja nein Wenn nein, mit: _____

Werden SGB V Leistungen benötigt? ja nein Bemerkung: _____

Wird eine Pflege benötigt? ja nein Bemerkung: _____

Liegt bereits ein Pflegegrad vor? ja nein Wenn ja, seit: _____

Wenn ja, welche Pflegegrad liegt lt. Pflegekasse vor? PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Es wird in folgenden Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität Pflege benötigt:

<input type="checkbox"/> beim Waschen	<input type="checkbox"/> beim Baden und Duschen
<input type="checkbox"/> beim Kämmen und Rasieren	<input type="checkbox"/> bei der Blasen- und Darmentleerung
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen/-Zubettgehen	<input type="checkbox"/> bei der Zahnpflege
<input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> beim Gehen und Stehen
<input type="checkbox"/> im Bereich der Mobilität	<input type="checkbox"/> beim Treppensteigen
<input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Anreichen)	<input type="checkbox"/> beim mundgerechtes Zubereiten der Nahrung

Es wird dauerhafte Hauswirtschaftliche Leistung benötigt:

<input type="checkbox"/> beim Einkaufen	<input type="checkbox"/> beim Beheizen
<input type="checkbox"/> beim Spülen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> beim Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> beim Waschen der Kleidung	<input type="checkbox"/>

Folgende Risikofaktoren sind bekannt:

Dekubitusgefahr

Sturzgefahr

Ernährungsdefizite

Flüssigkeitsdefizite

Schmerzen

Beratung notwendig:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die pflegerische Versorgung wurde bisher durchgeführt:

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> zu Hause durch Angehörige
<input type="checkbox"/> durch einem ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/> in einem Pflegeheim

Folgende Krankenkassenhilfsmitteln werden genutzt oder werden benötigt:

	ist vorhanden	wird benötigt
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gehwagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stock/ Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lagerungsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es werden folgende Pflege- und Betreuungszeiten benötigt:

morgens _____
 vormittags _____
 mittags _____
 nachmittags _____
 abends _____

Die leitende Pflegekraft hat in diesem Erstgespräch folgendes erläutert:

Leistungskatalog
 Pflegevertrag
 Servicekatalog
 Form und Durchführung der Leistungserbringung
 Pflegekonzept
 Erreichbarkeit/Verfügbarkeit des Pflegedienstes
 Art und Form der Kooperation mit anderen Dienste
 Personelle Ausstattung
 Beteiligung an Qualitäts-sicherungsmaßnahmen
 Wahrnehmung von Beratungsfunktionen

Welche Diagnosen sind bekannt?

Name und Adresse der Krankenkasse:

Name: _____
 Anschrift: _____
 PLZ/-Ort: _____
 KV-Nr.: _____

Name und Adresse des Hausarztes:

Name: _____
 Anschrift: _____
 PLZ/-Ort: _____
 Tel./ Fax: _____

Name und Adresse des Betreuers:

Name: _____
 Anschrift: _____
 PLZ/-Ort: _____
 Tel./ Fax: _____

Liegt eine Patientenverfügung vor bzw, darf der Kunde*in reanimiert werden? (Ja/Nein)

ja
 nein

Ort, Datum: Unterschrift PFK

Ort, Datum: Unterschrift Klient