



K1 Pflege

K1.3.1 Formular Erstgespräch

Datum telefonische Anfrage:	Datum Erstgespräch:
Gesprächsteilnehmer:	Kontakt durch wen/wodurch:

Zukünftiger Bewohner:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand:	Kirchenzugehörigkeit:
Anschrift:	Pflegegrad:
Telefon:	Bescheid () liegt vor () liegt nicht vor
Gewünschtes Zimmer:	Gewünschter Einzugstermin:
Gegenwärtiger Aufenthaltsort:	
Hausarzt/Anschrift:	Krankenkasse:
	() Beihilfeberechtigt
Angehörige/Bezugsperson (Name, Vorname, Anschrift, Telefon, e-mail (Verwandschafts-)Verhältnis zum Bewohner):	
() Selbstzahler	() Sozialhilfe
Gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigte:	Aufgabengebiete:

Diagnosen:	
	Besonderheiten/Grad der Selbständigkeit
Kommunikation	Sehen: Hilfsmittel: Hören: Sprechen: Orientierung:
Beweglichkeit	Stehen: Sitzen: Gehen: Gehstrecke: Transfer: Hilfsmittel:
Vitale Funktionen	Kreislauf: Atmung:
Waschen/Kleiden	Gewohnheiten:
Essen und Trinken	Nahrungsaufbereitung: Nahrungsaufnahme: Biografischer Konstitutionstyp: Lieblingssessen: Hauptmahlzeit: Bevorzugte Getränke: gewohnte Trinkmenge:

<i>Freigabe</i>	<i>BearbeiterInnen</i>	<i>Ausgabe</i>	<i>Datum</i>	<i>Seite</i>
	J. Wisotzki	2	30.08.2016	1 von 2



**Diakoniestiftung
Alt-Hamburg**

Qualitätsmanagement-Handbuch



**Ev. Altenwohnheim
Billwerder Bucht
Vierländer Damm 292
20539 Hamburg
Tel.: 0401 / 78082 - 0**

K1 Pflege

K1.3.1 Formular Erstgespräch

Ausscheiden	Harninkontinenz: () ja () nein	Stuhlinkontinenz: () ja () nein
Schlafen	Schlafprobleme: Einschlafrituale:	
Beschäftigung /Interessen	87b: () ja () nein	
Soziale Kontakte		
Ängste		

Informationen zur Lebensgeschichte:

sonstige Informationen:

 Unterschrift (EL, PDL, Verwaltung)

() aufgenommen in die EDV

Freigabe	BearbeiterInnen	Ausgabe	Datum	Seite
	J. Wisotzki	2	30.08.2016	2 von 2