

AWO Soziale Dienste Vorpommern gGmbH Stationäre Pflege	Qualitätsmanagement III – Dienstleistungen in der Praxis der stationären Pflege 2. Einzug	
III- 2.1/01 Checkliste Erstkontakt		

- ☐ Heimaufnahme ab: _____
- ☐ Kurzzeitpflege: Von _____ bis _____

Neue/r Klient/in	
Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon:
Straße:	Pflegekasse:
Ort:	Versichertennummer:
Familienstand:	Konfession:
Mit Pflegehilfsmitteln (Verbrauchsmittel) versorgt?	Falls ja, durch wen?
☐ Ja ☐ Nein	Telefonnummer:
	E-Mail:
Welche:	Seriennummer:
	Firma/ Sanitätshaus:
	Seriennummer:
	Firma/ Sanitätshaus:
	Seriennummer:
	Firma/ Sanitätshaus:

Kontaktperson/Bevollmächtigte	
Name:	Name:
Straße:	Straße:
Ort:	Ort:
Mail:	Mail:
Telefon:	Telefon:
Mit dem Kunden verwandt:	Mit dem Kunden verwandt:
Betreuer/Bevollmächtigter:	Vollmacht für:
	☐ Aufenthaltsbestimmung
	☐ Gesundheitsfürsorge
	☐ Vermögenssorge
	☐ Vertretung gegenüber Versicherung und Behörden
	☐ Unterbringung und Wohnungsangelegenheiten

Hausarzt:
Adresse/ Telefonnummer:

Kostenträger: (Sozialamt/ Selbstzahler)

Pflegekasse	
☐ Pflegegrad:	
☐ Antrag gestellt am:	

Unterschrift :
