

Selbstauskunft für die Demenz-WG Lindenholz

Interessent / Interessentin			
Name		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon		Geburtsdatum	

Angehörige / Kontakt (1)			
Name		Verwandtschaftsgrad	
Straße, Nr.		Vorname	
Telefon		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon Mobil	

Angehörige / Kontakt (2)			
Name		Verwandtschaftsgrad	
Straße, Nr.		Vorname	
Telefon		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon Mobil	

Pflegergrad					
Haben Sie bereits einen Pflegergrad?	JA	<input type="checkbox"/>	Falls JA, welchen Pflegergrad?	Pflegergrad 1	<input type="checkbox"/>
	NEIN	<input type="checkbox"/>		Pflegergrad 2	<input type="checkbox"/>
	BEANTRAGT	<input type="checkbox"/>		Pflegergrad 3	<input type="checkbox"/>

Krankenkasse	
Name	

Hausarzt			
Name		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon		Telefon Mobil	

Neurologischer Facharzt			
Name		Vorname	
Vollmachten / Verfügung			
General, und / oder Vorsorgevollmacht	JA <input type="checkbox"/>	Falls JA, welche?	
	NEIN <input type="checkbox"/>		
Bevollmächtigte (1): Name, Vorname, Adresse, Tel, E-Mail		Bevollmächtigte (2): Name, Vorname, Adresse, Tel, E-Mail	
Patientenverfügung	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		

Allgemeine Hinweise			
Welche Hilfe wird benötigt?	Körperpflege <input type="checkbox"/>	Welche Hilfsmittel sind vorhanden?	Rollator <input type="checkbox"/>
	Anziehen <input type="checkbox"/>		Rollstuhl <input type="checkbox"/>
	Toilettengänge <input type="checkbox"/>		Duschstuhl <input type="checkbox"/>
	Hauswirtschaft <input type="checkbox"/>		Toilettenstuhl <input type="checkbox"/>
	Essen reichen <input type="checkbox"/>		Gehilfe <input type="checkbox"/>
	Behandlungspflege <input type="checkbox"/>		Pflegebett <input type="checkbox"/>
Weitere Diagnosen, Grunderkrankungen			
Medikamente			
Sonstige Bemerkungen			

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Dokument gesammelten Daten, zum Zweck der internen Datenverarbeitung des Lindenholz e.V. elektronisch gespeichert werden. Der Lindenholz e.V. gewährleistet, dass die personen- und gesundheitsbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____