

## Aufnahmedatenbogen

*Achtung: 2 Seiten => Bitte beide Seiten **komplett** ausfüllen! – Außer:*

*- Wird vom Pflegedienst ausgefüllt*

### Aufnahmedaten

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_ **Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Staatsangeh.:** \_\_\_\_\_ *Bezugspflegekraft:* \_\_\_\_\_

**Medikamentenplan / Epikrise (Arztbrief) zum Termin der APP-Aufnahme !** **verordnungsfähige Diagnose:** \_\_\_\_\_  
+ **GAF-Wert (zwischen 41 u. 50 % !):** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Zuzahlungsbefreiung:**  ja  nein  
**KV-Nr.:** \_\_\_\_\_ *Infoblatt zur Zuzahlung ausgehändigt am:* \_\_\_\_\_

**Hausarzt (Allgemeinmediziner):** \_\_\_\_\_ **Facharzt (PIA,GIA, ext.Psychiater):** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** \_\_\_\_\_ **Anschrift:** \_\_\_\_\_  
**Tel./Fax:** \_\_\_\_\_ **Tel./Fax:** \_\_\_\_\_

**Termin für Vorgespräch APP/Klient\*in:** \_\_\_\_\_ **Facharzt-Termin:** \_\_\_\_\_ *=> **Übernahmetermin:***  
(evtl. auf der Station) (PIA,GIA, ext.Psychiater) *(wird entsprechend der vorhandenen Kapazitäten zeitnah rückgemeldet)*

**Angehörige\*r:** \_\_\_\_\_  
**Tel:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**gesetzl. Betreuer\*in / Bevollmächtigte\*r:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** \_\_\_\_\_ **=> Zuständig für die Bereiche:** \_\_\_\_\_  
**Tel./Fax:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Finanzen:**  unproblematisch  problematisch **Wohnsituation:**  unproblematisch  problematisch  
**Anmerkung:** \_\_\_\_\_ **Anmerkung:** \_\_\_\_\_

**Bemerkungen / ggf. Zielvorgabe des Arztes:** \_\_\_\_\_

erstellt /verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum/überprüft	Seite
Hr. Wollschläger / Fr. Wendland Hr. Acker / komm. PDL	Hr. Gervink / BL	4	03/2025	Seite 1 von 2

## Aufnahmedatenbogen

*Achtung: 2 Seiten => Bitte beide Seiten komplett ausfüllen! – Außer:*

*- Wird vom Pflegedienst ausgefüllt*

### Anamnese

Name - Klient\*in:

**Mobilität eingeschränkt:**  ja  nein

Anmerkung:

**Sturzgefahr gegeben:**  ja  nein

Anmerkung:

**Ernährungszustand:**

Mangel  Überernährung  keine Einschränkungen

Anmerkung:

**Diabetes mellitus:**  ja  nein

Anmerkung:

**Inkontinenz:**  ja  nein

Anmerkung:

**Schmerzen:**  ja  nein

Anmerkung:

**Wunden:**  ja  nein

Anmerkung:

**Dekubitus:**  ja  nein

Anmerkung:

**Pflegegrad:**

Pflegegeld  Pflegesachleistungen  Pflegeeinschätzung

Sozialstation, wenn ja welche:

erstellt /verantwortlich	Freigabe durch	Version	Datum/überprüft	Seite
Hr. Wollschläger / Fr. Wendland Hr. Acker / komm. PDL	Hr. Gervink / BL	4	03/2025	Seite 2 von 2