



KZP-Bewohnerdatenblatt

| | |
|--|---|
| Familienname: | Vorname: |
| Adresse: | Telefonnr.: |
| Versicherungsnummer: | Geburtsdatum: |
| Geburtsname: | Geburtsort: |
| Familienstand: verw/verh/ledig/gesch | Religion (Angabe freiwillig): |
| Krankenkasse: | Pensionsversicherung: |
| Vertrauensperson: Verhältnis: Name: Adresse: Tel.: | Angehörige: Verhältnis: Name: Tel.: ev. weitere Angehörige: |
| Erwachsenenvertretung / SW alt: Vorsorgevollmacht Gewählter Vertreter Gesetzlicher Vertreter Gerichtlicher Vertreter Beschluss erhalten ja/nein | Zuschuss vom Land beantragen (Einkommensnachweis erhalten oder Selbstzahler ja/nein ja/nein) |
| Wohnbereich: | Zimmernummer: |
| Eintritt: | Austritt: |

| | |
|--|---|
| Pflegestufe: | Hausarzt: |
| Bekannte Allergien: | Aktuelle Medikamentenliste erhalten ja/nein |
| Demenz ja/nein | Inkontinent ja/nein/teilweise |
| Physiotherapie notwendig ja/nein | Kostform:: Normalkost/Schluckkost/Breikost/PEG-S. |
| Rezeptgebühr befreit ja/nein | Covid Impfung erhalten ja/nein Covid Impfnachweis erhalten ja/nein |
| Weglauftendenz ja/nein | Selbst-/Fremdgefährdung ja/nein |
| Hilfebedarf: Körperpflege alleine möglich ja/nein Hilfe beim An- und Auskleiden ja/nein Essenseingabe ja/nein | Mobilität: Gehen möglich ja/nein Gehen möglich mit Stock/Rollator ja/nein Rollstuhlfahrer ja/nein Bettlägerig ja/nein |
| Orientiert ja/nein/teilweise | Krankengeschichte erhalten ja/nein |
| Suchtverhalten ja/nein Tabak, Alkohol, Nikotin, ... | Wäscheversorgung erklären |

Tagesstruktur/Gewohnheiten/Sonstiges:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Daten und gebe die Einwilligung zur weiteren Verarbeitung.

Datum: _____

Unterschrift: _____