



AGAPLESION MARKUS DIAKONIE

<input type="checkbox"/> AGAPLESION SCHWANTHALER CARRÉE (SCF)		<input type="checkbox"/> AGAPLESION HAUS SAALBURG (HSB)		<input type="checkbox"/> AGAPLESION OBERIN MARTHA KELLER HAUS (OMK)	
				<input type="checkbox"/> TAGESPFLEGE (OMK)	
Anfragedatum:		Anfrage Nummer:		/ Jahr:	
Wiedervorlage:		<input type="checkbox"/> Besuch in der Einrichtung am:			
Wunschtermin (zu wann?):					

1. Interessent:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			
Straße:			
PLZ und Ort:			
Telefon:		Mobilnummer:	
E-Mail:			
Pflegekasse:			
<input type="checkbox"/> Pflegegrad vorhanden:		<input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt/Datum:	

2. Ansprechpartner/Adresse:

Name:		<input type="checkbox"/> wenn Interessent, freilassen	
Vorname:		<input type="checkbox"/> Angehörige/r	
		<input type="checkbox"/> Bekannte/r	
		<input type="checkbox"/> Betreuer/in	
Telefon:		Mobilnummer:	
E-Mail:			

3. Art der Kontaktaufnahme:

<input type="checkbox"/> persönlich	<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> per E-Mail	<input type="checkbox"/> schriftlich
-------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------



4. Interesse an (nur bei stationärer Aufnahme):

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege Demenz
<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege Demenz
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Doublette (Doppelzimmer mit gemeinsamer Badnutzung)	

5. Woher kommt der Interessent?

von zu Hause

<input type="checkbox"/> AGAPLESION Krankenhaus <input type="checkbox"/> anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Klinik <input type="checkbox"/> sonstige	Einrichtung:	
	Ansprechpartner:	
	Telefon:	
	Fax:	
	E-Mail:	

6. Wie kam der Kontakt zustande?

<input type="checkbox"/> Einrichtung ist schon bekannt	<input type="checkbox"/> Sozialdienst, welcher?
<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst, welcher?
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> sonstiges
<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer	

7. Betreuung / Vollmacht vorhanden?

keine Betreuung oder Vollmacht vorhanden

<input type="checkbox"/> Betreuung vorhanden	<input type="checkbox"/> Vollmacht vorhanden
Name:	Name:
Telefonnummer:	
<input type="checkbox"/> Betreuung beantragt wann/wer:	

8. Informationsmappe ausgehändigt/zugesandt?

<input type="checkbox"/> Ja, wenn ja, Informationsmappe zugesendet am:	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Persönliche Übergabe
--	---



9. Notizen - Gesprächsverlauf

Datum	Notiz

10. Absage - Warum?

--

