

COVID 19 - Vollständig geimpft ja geboostert ja keine Impfung

Name: Vorname:
Geb.-Datum: Beruf:
Telefon: Straße:
Telefon Angehörige (für Notfall):
PLZ: Ort:

Kostenträger:.....
Versicherungsnummer:
Privat- bez. Zusatzversicherung:

Schwerbehindertenausweis Nein Ja mit (GdB) Merkzeichen
Pflegegrad Pflegeversicherung 1 2 3 4 5

Behandelnder Arzt (Hausarzt):
Adresse:
Tel:

Behandelnder Neurologe:
Adresse:
Tel:

Terminwunsch / Kalenderwoche:
Wir versuchen Ihren Terminwunsch zu berücksichtigen, können dies aber nicht garantieren! (Hauptanreisetage sind Dienstag und Mittwoch)

Diagnose:

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Bewegung	Sie sind unabhängig und können mindestens 50 m ggf. mit Gehstützen gehen	<input type="checkbox"/>
	Sie können mindestens 50 m mit geringer Hilfe gehen	<input type="checkbox"/>
	Sie können höchstens 50 m mit geringer Hilfe gehen oder mindestens 50 m allein mit dem Rollstuhl fahren	<input type="checkbox"/>
	Sie können sich selbst im Rollstuhl nicht oder höchstens 50 m fortbewegen	<input type="checkbox"/>

Rollstuhltransfer,	Sie sind unabhängig und vollmobil	<input type="checkbox"/>
umsetzen vom Bett	Sie brauchen geringe Hilfe	<input type="checkbox"/>
zum Rollstuhl, Roll-	Sie können aufsitzen, brauchen jedoch Hilfe zum Umsetzen	<input type="checkbox"/>
stuhl zum Bett	Sie können sich selbst nicht aufsetzen	<input type="checkbox"/>

Treppensteigen	Sie sind unabhängig, gehen ggf. mit Gehhilfe	<input type="checkbox"/>
	Sie brauchen Hilfe	<input type="checkbox"/>
	Sie können keine Treppen steigen	<input type="checkbox"/>

Fragebogen

Mitgeltendes Dokument

Persönliche Pflege	Sie können sich selbst waschen, kämmen und/oder rasieren und sich selbst die Zähne putzen	<input type="checkbox"/>
	Sie brauchen Hilfe	<input type="checkbox"/>
Toilette	Sie sind unabhängig bei der Benutzung der Toilette oder Bettschüssel	<input type="checkbox"/>
	Sie brauchen Hilfe, z.B. für Gleichgewicht, Papier oder Kleiderhandhabung	<input type="checkbox"/>
	Sie können nicht allein auf die Toilette	<input type="checkbox"/>
Duschen	Sie können ohne Hilfe duschen	<input type="checkbox"/>
	Sie brauchen Hilfe	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	Sie können sich unabhängig ankleiden und die Schuhe anziehen	<input type="checkbox"/>
	Sie sind hilfsbedürftig, kleiden sich aber mindestens zur Hälfte selbst an	<input type="checkbox"/>
	Sie sind völlig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Urinkontrolle	Sie sind kontinent oder können Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	<input type="checkbox"/>
	Sie sind teilweise inkontinent / brauchen Hilfe beim Katheter	<input type="checkbox"/>
	Sie sind inkontinent und können Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontrolle	Sie sind kontinent	<input type="checkbox"/>
	Sie sind mit Hilfe kontinent oder gelegentlich inkontinent	<input type="checkbox"/>
	Sie sind dauernd inkontinent	<input type="checkbox"/>
Essen	Sie sind unabhängig und benutzen Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/>
	Das Essen muss vorgerichtet werden aber Sie führen die Speisen selbständig zum Mund	<input type="checkbox"/>
	Sie sind völlig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Besteht ein Dekubitus (Wundheilungsstörungen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bestehen Schluckstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Umsetzen mit Lifter-System?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Sprachstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Größe: cm	Gewicht: kg	Betteinstieg links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/>
Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.		
Datum: Unterschrift:		

Hinweis: Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgetreuen Angaben behalten wir uns eine Rückverlegung am Aufnahmetag vor.