



Kundenaufnahmebogen für ambulante Dienste – Katharinenheim Endorf e.V.

Personendaten / Kundenstammdaten

Name	Vorname	Geburtstag
Anschrift		
Telefon	Mobil:	E-Mail:
Hausarzt	Name, Vorname	Tel:
	Anschrift	
Facharzt	Name, Vorname	Tel:
	Anschrift	
Krankenkasse	Name	Vers.nr.
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Ja, welcher: _____ seit wann: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> soll beantragt werden	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> soll beantragt werden Merkzeichen: Grad der Behinderung:	
Bestattungsvorsorge	Beerdigungsinstitut: Kundennummer: Bestattungsverfügung vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> soll erstellt werden Im Todesfall zu benachrichtigen:	
Angehörige Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname	Tel:
	Mobil:	E-Mail:
	Adresse	
Angehörige Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname	Tel:
	Mobil:	E-Mail:
	Adresse	
Angehörige Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname	Tel:
	Mobil:	E-Mail:

	Adresse	
Ambulanter Dienst Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname	Tel:
	Mobil:	E-Mail:
Sonstige: <input type="checkbox"/> Nachbar <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> Vollmachten <input type="checkbox"/> Betreuungsvollmacht <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Personenfürsorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögensfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Postvollmacht	Name, Vorname	Tel:
	Mobil:	E-Mail:
	Name, Vorname	Tel:
	Mobil:	E-Mail:
	Name, Vorname	Tel:
	Mobil:	E-Mail:
Gesundheitliche Situation <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen: <input type="checkbox"/> sonstiges:		
Soziale Kontakte / Umfeld / Teilhabe am sozialen Leben <input type="checkbox"/> Vereine (regelmäßige Treffen z.B. Gottesdienst): <input type="checkbox"/> Interessen / Hobbies: <input type="checkbox"/> sonstiges:		
Wohnsituation <input type="checkbox"/> Stockwerk: Barrierefreiheit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Alleinstehend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / Notruf vorhanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / Aufzug vorhanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/> Eigentum / <input type="checkbox"/> sonstiges		
Hilfsmittel vorhanden:		
gewünscht:		
Welche Hilfsleistungen werden bereits in Anspruch genommen?		
<input type="checkbox"/> Putzdienst		
<input type="checkbox"/> Gärtner		
<input type="checkbox"/> Mobilitätsdienst		
<input type="checkbox"/> Pflegedienst		
<input type="checkbox"/> sonstige		

Welche Leistungen werden vereinbart:						
<input type="checkbox"/> Hilfestellungen im Haushalt						
<input type="checkbox"/> Fachliche Beratungen und Unterstützung						
<input type="checkbox"/> Hausmeisterdienste						
<input type="checkbox"/> Begleitsdienste						
<input type="checkbox"/> Einkaufsdienste						
<input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung						
<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern						
<input type="checkbox"/> Wäschereinigung						
<input type="checkbox"/> Vermittlung ambulanter Dienste						
<input type="checkbox"/> Vermittlung Reinigungspersonal						
<input type="checkbox"/> sonstige						
Geschätzte Kosten für den Auftrag (Fahrkosten 0,30€ pro km)			€ / monatlich			
Abrechnungsgrundlage	<input type="checkbox"/> § 45 SGB XI	<input type="checkbox"/> § 39 SGB XI	<input type="checkbox"/> § SGB XII	<input type="checkbox"/> privat		
<input type="checkbox"/> Abtretungserklärung vorhanden:						
Erstbesuch durch Fachbereichsleitung		am:		Dauer:		Std.
Besuchsdienst Mitarbeiter (-in) vorgestellt		am:		Dauer:		Std.
Bei Wechsel des Besuchsdienstes						
Besuchsdienst Mitarbeiter (-in) vorgestellt		am:		Dauer:		Std.
Vereinbarte Besuchszeiten						
<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> So
von bis	von bis	von bis	von bis	von bis	von bis	von bis
Ort, Datum			Unterschrift (Ersteller)			
Ort, Datum			Unterschrift (Kunde)			
Ort, Datum			ggf. Unterschrift (Bevollmächtigte Person)			