

# Selbstauskunft für die Demenz-WG Lindenholz

Interessent / Interessentin			
Name		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon		Geburtsdatum	

Angehörige / Kontakt (1)			
Name		Verwandtschaftsgrad	
Straße, Nr.		Vorname	
Telefon		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon Mobil	

Angehörige / Kontakt (2)			
Name		Verwandtschaftsgrad	
Straße, Nr.		Vorname	
Telefon		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon Mobil	

Pflegergrad			
Haben Sie bereits einen Pflegergrad?	JA	<input type="checkbox"/>	Falls JA, welchen Pflegergrad?
	NEIN	<input type="checkbox"/>	
	BEANTRAGT	<input type="checkbox"/>	
			Pflegergrad 1 <input type="checkbox"/>
			Pflegergrad 2 <input type="checkbox"/>
			Pflegergrad 3 <input type="checkbox"/>
			Pflegergrad 4 <input type="checkbox"/>
			Pflegergrad 5 <input type="checkbox"/>

Krankenkasse	
Name	

Hausarzt			
Name		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon		Telefon Mobil	



Neurologischer Facharzt			
Name		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon		Telefon Mobil	

Vollmachten / Verfügung			
General, und / oder Vorsorgevollmacht	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	Falls JA, welche?
Bevollmächtigte (1): Name, Vorname, Adresse, Tel, E-Mail		Bevollmächtigte (2): Name, Vorname, Adresse, Tel, E-Mail	
Patientenverfügung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	

Allgemeine Hinweise					
Welche Hilfe wird benötigt?	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	Welche Hilfsmittel sind vorhanden?	Rollator	<input type="checkbox"/>
	Anziehen	<input type="checkbox"/>		Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
	Toilettengänge	<input type="checkbox"/>		Duschstuhl	<input type="checkbox"/>
	Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/>		Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>
	Essen reichen	<input type="checkbox"/>		Gehilfe	<input type="checkbox"/>
	Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>		Pflegebett	<input type="checkbox"/>
Weitere Diagnosen, Grunderkrankungen					
Medikamente					
Sonstige Bemerkungen					

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_