

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anhang 1: Dokumentationsbogen zur besonderen Förderung der Pflegeheimversorgung

Pflegegrad	1	2	3	4	5
Grad der Behinderung					
Medikation: Gesamtanzahl der Wirkstoffe	Anzahl				
Liegt eine Patientenverfügung vor?	J	N			
Geriatrisches Assessment durchgeführt?	J	N			
Wann?					
Datum letzte Zahnuntersuchung:					
Heil-/Hilfsmittel benötigt?	J	N			
Welche?					
Institutionskennzeichen	Impfstatus überprüft	J	N		
Hausarzt / koordinierender Arzt	Gripeschutz vorhanden?	J	N		
Vor-/Nachname	Anmerkungen:				
Straße, Nr.					
PLZ Ort					
Telefon					
Mobil					
E-Mail					
BSNR/LANR					
Zahnarzt	Apotheke	gesetzlicher Betreuer			
Vor-/Nachname	Apothekename	JA	NEIN		
Straße, Nr.	Straße, Nr.	Vor-/Nachname			
PLZ Ort	PLZ Ort	Straße, Nr.			
Telefon	Telefon	PLZ Ort			
Mobil	Mobil	Telefon			
E-Mail	E-Mail	Mobil			
Facharzt	Facharzt	Angehörige			
Fachrichtung	Fachrichtung	JA	NEIN		
Vor-/Nachname	Vor-/Nachname	Vor-/Nachname			
Straße, Nr.	Straße, Nr.	Straße, Nr.			
PLZ Ort	PLZ Ort	PLZ Ort			
Telefon	Telefon	Telefon			
Mobil	Mobil	Mobil			
E-Mail	E-Mail	E-Mail			
BSNR/LANR	BSNR/LANR				
Facharzt	nicht-ärztlicher Therapeut	Dienstleister			
Fachrichtung	Bsp. Physiotherapie, Ergotherapie	Bsp. Physiotherapie, Ergotherapie			
Vor-/Nachname	Vor-/Nachname	Vor-/Nachname			
Straße, Nr.	Straße, Nr.	Straße, Nr.			
PLZ Ort	PLZ Ort	PLZ Ort			
Telefon	Telefon	Telefon			
Mobil	Mobil	Mobil			
E-Mail	E-Mail	E-Mail			
BSNR/LANR					