


<b>ANFRAGEBOGEN</b>			<b>Geplanter Entlassungstermin</b>		 <p><b>Innsbrucker Soziale Dienste GmbH</b>  Hauskrankenpflege und Heimhilfe  Haydnplatz 5  Tel.: 0512 / 5331 – 7401  Fax: 0512 / 5331 – 7409  Email: ambulante.betreuung@isd.or.at</p> <b>Patienten-Etikette</b>
<b>Vorname</b>		<b>Nachname</b>	<b>Telefonnummer</b>	<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>			<b>Krankenkasse</b>	<b>Soz.Vers.Nr.</b>	
<b>Staatsbürgerschaft</b>	<b>Familienstand</b>	<b>Rezeptgebührenbefreit</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt	<b>Pflegegeld</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt		
<b>Bezugsperson / Sachwalter</b>			<b>Hausarzt / Facharzt</b>		<b>Zugewiesen von ... / Anstalt</b>
<b>Name</b>		<input type="checkbox"/> zuständig für finanz. Angel.	<b>Name</b>		<b>Name</b>
<b>Adresse</b>			<b>Adresse</b>		<b>Adresse</b>
<b>Telefonnummer</b>	<b>Bezug</b>		<b>Telefonnummer</b>		<b>Telefonnummer</b>
<b>Benötigter Betreuungsumfang</b>					<b>Betreuung durch andere Institutionen</b>
<b>Diplomkraft</b>		<b>Pflegehilfe/Heimhilfe</b>		<b>HWD/Haushaltshilfe</b>	<input type="checkbox"/> Hausnotruf (Tel. 0810100144) <input type="checkbox"/> IMS (Tel.: 5331-833-777) <input type="checkbox"/> PSP (Tel.: 572750) <input type="checkbox"/> Johanniter HKP (Tel.: 2411-10) <input type="checkbox"/> Volkshilfe (Tel.: 0508 901000) <input type="checkbox"/> MOHI (Tel.: 579583) <input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich <input type="checkbox"/> 2x – 3 x wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich <input type="checkbox"/> 2x – 3 x wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig			
<b>Art der Betreuung</b>			<b>Klient/in ist darüber aufgeklärt, dass HKP bezahlt werden muss</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Medikamente richten <input type="checkbox"/> Subcutanspritze <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> BZ-Kontrolle <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals täglich	<input type="checkbox"/> Verbandswechsel lt. AVO <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> An- und Ausziehhilfe <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Essen <input type="checkbox"/> Kontrollbesuch <input type="checkbox"/> Bandagieren <input type="checkbox"/> MTPS <input type="checkbox"/> Sonstiges		<b>Schlüssel wird benötigt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		<b>Benötigtes Material bereits vor Ort</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
			<b>Kontaktperson zur Nachfrage (Arzt, Pflegeperson, SozialarbeiterIn)</b>		
			Tel.Nr.		
			Tel.Nr.		
			Tel.Nr.		