

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	in %			Merkzeichen	
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	Imprungen erforderlich.
<b>Hausarzt / koordinierender Arzt</b>		Gripeschutz vorhanden?		J	N
Vor-/Nachname					
Straße, Nr.		Anmerkungen:			
PLZ Ort					
Telefon					
Mobil					
E-Mail					
BSNR/LANR					
<b>Zahnarzt</b>		<b>Apotheke</b>		<b>gesetzlicher Betreuer</b>	
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	
<b>Facharzt</b>		<b>Facharzt</b>		<b>Angehörige</b>	
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			
<b>Facharzt</b>		<b>nicht-ärztlicher Therapeut</b>		<b>Dienstleister</b>	
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					