

Interessenten Erstgespräch



**Haushaltshilfe
Thomas**

Ihre schnelle Hilfe im Alltag

Datum: _____

Uhrzeit: _____ Uhr

Berater: _____

Klient:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ: _____ Ort _____

geboren am: _____

Telefonnummer: _____

Kontaktperson / Angehörige

Name: _____

Vorname: _____

Tel: _____

Mobile: _____

Email: _____@_____

Aufnahme/ Selbstdarstellung der Hilfeanfrage:

Da wir die Haushaltshilfe und Betreuung unseres neuen Klienten optimal und nach seinen Bedürfnissen angepasst werden soll, und dies in unserer Alltagsbegleitung gewährleisten wollen, bitten wir um genaue

Beantwortung der folgenden Fragen:

Lebt der Klient alleine? ja ☐ nein ☐ wenn nein, mit: _____

werden SGB XI Leistungen benötigt ja ☐ nein ☐ Bemerkung: _____

Liegt bereits ein Pflegegrad vor? ja ☐ nein ☐ wenn ja, seit: _____

Welche Pflegegrad liegt vor? PG1 ☐ PG2 ☐ PG ☐ PG4 ☐ PG5 ☐

Gibt es ein Gutachten? ja ☐ nein ☐

Es wird in folgenden Bereichen Hilfe benötigt?

- | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Haushaltsführung | <input type="checkbox"/> Betreuung / Alltagsbegleitung |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Botengänge |

Es werden folgende Haushalts- und Betreuungszeiten benötigt:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> morgens | Uhrzeit: ____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> vormittags | Uhrzeit: ____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> mittags | Uhrzeit: ____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> nachmittags | Uhrzeit: ____ Uhr |

sonstiges:

Der leitende Alltagsbegleiter hat in diesem Erstgespräch folgendes erläutert:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leistungskatalog | <input type="checkbox"/> Form und Durchführung der Leistungserbringung | <input type="checkbox"/> Betr.-Vertrag |
| <input type="checkbox"/> Art und Form der Kooperation mit anderen Dienste | <input type="checkbox"/> §45b SGBXI | <input type="checkbox"/> Erreichbarkeit/Verfügbarkeit |
| | <input type="checkbox"/> §39 SGB XI | |

Name und Adresse der Krankenkasse:

Name: _____

Versichertennummer: _____

beginnt mit einem Buchstaben

Anschrift: _____

Versicherung Nr.: 10 _____

PLZ: _____

Ort: _____

Weitere Bemerkungen:

Alltagsleitung

Klient:

Betreuer/gesetzl. Vormund

Ort, Datum:

Es wird darauf hingewiesen, dass Haushalts u. Alltagsbegleitende Leistungen, die durch den Leistungserbringer Haushaltshilfe Thomas, vor der Feststellung eines Pflegegrades durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse, erbracht werden, durch den Kunden überbrückt werden müssen und dem Kunden privat in Rechnung gestellt werden. Etwaige Ansprüche des Kunden gegenüber seiner Kranken- oder Pflegekasse bleiben hierdurch unberührt.

Alltagsleitung

Klient:

Betreuer/gesetzl. Vormund

Ort, Datum: