

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

**Angaben zur stationären Pflegeeinrichtung**

Anschrift/Station/Zimmer	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
<b>Hausarzt / koordinierender Arzt</b>	Grippeschutz 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		