

**WOHNSITUATION - ALLEIN LEBEND bei Einschreibung?**

- 01  JA, allein lebend  
02  NEIN, zusammenlebend mit:

- 01  Ehepartner/in  
02  Lebensgefährte/in  
03  Tochter/Sohn  
04  Bruder/Schwester  
05  Schwiegertochter/-sohn  
06  Andere Personen & zwar

**1. Änderung der  
WOHNSITUATION am**

- 01  JA, allein lebend  
02  NEIN, zusammenlebend mit:

- 01  Ehepartner/in  
02  Lebensgefährte/in  
03  Tochter/Sohn  
04  Bruder/Schwester  
05  Schwiegertochter/-sohn  
06  Andere Personen & zwar

**WOHNFORM - bei Einschreibung?**

- 01  Privatwohnung/-haus  
02  Stationär (Wohn-/Pfleheim)  
03  Betreute Wohnform & zwar

**1. Änderung der  
WOHNFORM am**

- 01  Privatwohnung/-haus  
02  Stationär (Wohn-/Pfleheim)  
03  Betreute Wohnform & zwar

**VERSORGENDE/R ANGEHÖRIGE/R bei Einschreibung?**

- 01  NEIN, kein/e versorgende/r Angehörige/r  
02  JA & zwar

- 01  Ehepartner/in  
02  Lebensgefährte/in  
03  Tochter/Sohn  
04  Bruder/Schwester  
05  Schwiegertochter/-sohn  
06  Andere Personen & zwar

**1. Änderung des/r VERSOR-  
GENDEN ANGEHÖRIGEN am**

- 01  NEIN, kein/e versorgende/r Angehörige/r  
02  JA & zwar

- 01  Ehepartner/in  
02  Lebensgefährte/in  
03  Tochter/Sohn  
04  Bruder/Schwester  
05  Schwiegertochter/-sohn  
06  Andere Personen & zwar

**WEITERE BEZUGSPERSONEN bei Einschreibung?**

- 01  NEIN, keine weitere Bezugsperson  
02  JA & zwar

- 01  Ehepartner/in  
02  Lebensgefährte/in  
03  Tochter/Sohn  
04  Bruder/Schwester  
05  Schwiegertochter/-sohn  
06  Freund/in / Bekannte/r  
07  Nachbar/in  
08  Andere Personen & zwar

**1. Änderung der WEITEREN  
BEZUGSPERSONEN am**

- 01  NEIN, keine weitere Bezugsperson  
02  JA & zwar

- 01  Ehepartner/in  
02  Lebensgefährte/in  
03  Tochter/Sohn  
04  Bruder/Schwester  
05  Schwiegertochter/-sohn  
06  Freund/in / Bekannte/r  
07  Nachbar/in  
08  Andere Personen & zwar

**GESETZLICHE/R BETREUER/IN bei Einschreibung?**

- 01  NEIN, kein/e gesetzliche/r Betreuer/in  
02  JA & zwar

- 01  versorg. Angehörige/r  
02  Andere/r Verwandte & zwar  
03  Berufsbetreuer/in  
04  Sonstige Person & zwar

**1. Änderung bei dem/der GE-  
SETZLICHEN BETREUER/IN am**

- 01  NEIN, kein/e gesetzliche/r Betreuer/in  
02  JA & zwar

- 01  versorg. Angehörige/r  
02  Andere/r Verwandte & zwar  
03  Berufsbetreuer/in  
04  Sonstige Person & zwar

<b>BETREUUNGS- VOLLMACHT bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Betreuungsvollmacht aufgesetzt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> In Kraft getreten	Intervention 7	am

<b>PATIENTEN- VERFÜGUNG bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Patientenverfügung aufgesetzt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> In Kraft getreten	Intervention 7	am

<b>VORSORGE- VOLLMACHT bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht aufgesetzt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> In Kraft getreten	Intervention 7	am

<b>SCHWERBEHINDERTEN- AUSWEIS bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Geändert	Intervention 7	am

<b>PFLEGESTUFE bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Keine 02 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 03 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 04 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 05 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3+	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Pflegestufe geändert in	Pflegestufe von	in
	02 <input type="checkbox"/> Pflegestufe beantragt	Intervention 3	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Pflegestufe von	in
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 4	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Pflegestufe von	in

<b>ZUSÄTZLICHE BETREUUNGS- LEISTUNGEN bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Keine 02 <input type="checkbox"/> 100 Euro 03 <input type="checkbox"/> 200 Euro	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Leistungsbezug beantragt €	Änderung der Leistungen zu	€
	02 <input type="checkbox"/> Leistungsbezug geändert €	Intervention 3	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Änderung der Leistungen zu	€
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 4	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Änderung der Leistungen zu	€

<b>PFLEGEDIENST bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Pflegedienst beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Pflegedienst gewechselt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Nutzung Pflegedienst beendet	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 7	am
	06 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 8	am

Datum Erstkontakt: \_\_\_\_\_

**Versorgungsanalyse**

Case-ManagerIn: \_\_\_\_\_

**Case-Management - Seite 3**

<b>TAGESPFLEGE</b> <b>bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Tagespflege beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Tagespflegehaus gewechselt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Nutzung von Tagespflege beendet	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 7	am
	06 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 8	am

<b>KURZZEITPFLEGE</b> <b>bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
		Intervention 7	am

<b>VERHINDER- UNGSPFLEGE</b> <b>bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
		Intervention 7	am

<b>HEIMPLATZ</b> <b>bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Heimplatz beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> In Heim gezogen	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

<b>EHRENAMTLICHE UNTERSTÜTZUNG</b> <b>bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Ehrenamt initiiert	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Ehrenamt beendet	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

<b>HÄUSLICHE UMBAUMAßNAHMEN</b> <b>bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> bereits genutzt 02 <input type="checkbox"/> bisher nicht gen.	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Umbaumaßnahmen beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Umbaumaßnahmen eingeleitet	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

<b>KOGNITIVES TRAINING</b> <b>bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Kognitives Training eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Kognitives Training beendet	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

<b>SELBSTHILFEGRUPPE F. VERS. ANGEHÖRIGE bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Besuch einer Selbsthilfegruppe eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
		Intervention 7	am

<b>ANGEHÖRIGEN SCHULUNGEN bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Besuch einer Schulung eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
		Intervention 7	am

<b>THERAPIE bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Therapie eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Therapie beendet	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

<b>BETREUUNG* bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Betreuung eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Betreuung beendet	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

<b>HAUSHALTSNAHE DIENSTLEISTUNG* bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Haushaltsnahe Dienstleistung eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Haushaltsnahe Dienstleistung beendet	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

<b>FREIZEITAKTIVITÄT* bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Freizeitaktivität eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Freizeitaktivität beendet	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

<b>ANDERES &amp; zwar bei Einschreibung</b> 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	<b>INTERVENTION 1</b> erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> beendet	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

## ERKLÄRUNGEN

\* Betreuung = Demenz spezifische Angebote wie Demenz-Cafés, Alltagsbegleiter/in, ...

\* Freizeit = Nicht Demenz spezifische Angebote wie z.B. Vereine, Chor, ...

\* Haushaltsnahe Dienstleistungen = Fahrbarer Mittagstisch, Haushaltshilfe, Einkaufshilfe, ...

Datum Erstkontakt: \_\_\_\_\_

## Versorgungsanalyse

Case-ManagerIn: \_\_\_\_\_

Case-Management - Seite 5

### HAUSBESUCHE (Casemanager/in sucht Patient/in zuhause auf)

	Datum	Anwesende (Kein Name nur Beziehungsgrad, z.B. Patient, Tochter, Nachbar)	Anlass
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

### ENTLASTUNGSGESPRÄCHE (= Gespräche die vorrangig der emotionalen Entlastung der Patient/innen oder Angehörigen dienen)

	Datum	Person (Kein Name nur Bezieh.)	Thema
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

### PATIENT/IN BEGLEITET (Casemanager/in begleitet Patient/in zu Terminen)

	Datum	Anwesende (Kein Name nur Profession oder Beziehungsgrad)	Anlass
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

**FAMILIENRAT-SITZUNGEN** (Casemanager/in ruft die Familienmitglieder des/r Patienten/in zu einem Gespräch zusammen)

	Datum	Anwesende (Keine Name nur Beziehungsgrad)	Anlass
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

**FALLKONFERENZEN** (Treffen mit einer oder mehreren, an der Versorgung beteiligten, Personen)

	Datum	Anwesende (Keine Namen nur Professionen und Beziehungsgrad, z.B. Hausarzt)	Anlass
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

**KRANKENHAUSAUFENTHALTE (KH) & PSYCHIATRIEAUFENTHALTE (PSY) des/r Patienten/in** (Beispiel: 5 Tage PSY aufgrund von Depressionen)

Anzahl Tage	KH oder PSY	Stichworte zum Anlass für den Aufenthalt (Diagnose)	Erfassungsdatum
	Tage	aufgrund von	
	Tage	aufgrund von	
	Tage	aufgrund von	
	Tage	aufgrund von	
	Tage	aufgrund von	