



Pflege- und Therapieeinrichtung
Sohland a. d. Spree gGmbH

QM – Handbuch Gesamte Einrichtung Mitgeltende Dokumente	Formular Erstkontakt Vollstationäre Einrichtungen	QMH-GE-MD-10 / F1
--	--	--------------------------

Name, Vorname <u>und</u> Geburtsdatum des potentiellen Bewohners	geb.:
Name, Vorname <u>und</u> Telefonnummer des Anrufers/Interessenten	Name u. Vorname: Tel.: E-Mail: ☐ Vorsorgebevollmächtigt ☐ Betreuer ☐ Verwandtschaft
Anschrift des potentiellen Bewohners	Straße & Hausnummer: PLZ & Ort:
Pflegekasse / Pflegegrad	Kasse: PG: PG beantragt am:
Hausarzt	
Derzeitiger Aufenthalt des potentiellen Bewohners	☐ Häuslichkeit ☐ Klinik ⇔ welche? ☐ Pflegeeinrichtung ⇔ welche?
Kurzbeschreibung Gesundheitszustand und Pflegebedarf	
Gewünschte Einrichtung	☐ Seniorenanlage Sohland Mitte ☐ Seniorenhaus a.d. Spree ☐ EZ ☐ DZ
Sonstige Informationen (z. B. Vor Ort Termin gewünscht, Hausbesuch gewünscht, Dringlichkeit, Rückinformation, usw.)	
Antrag auf Sozialhilfe notw. ?	
Datum	
Unterschrift potentieller Bewohner bzw. Bevollmächtigter	
Unterschrift Heimleitung	

Datum der Erstellung am: 01.07.2009	Freigegeben am: 28.07.2009	Geändert am: 04.11.2020	Änderungsstand: 6
Erstellt durch: GF, HL	Freigegeben durch: HL	Geändert durch: HL	Seite 1 von 1