

Anmeldung zur Aufnahme ambulante Pflege

Team: Versorgung ab:

Patient/in:

Name: Vorname: Titel: Geboren am: in: Geburtsname: Konfession:

Adresse:

Straße: PLZ Ort: Telefon: E-Mail: Familienstand: Staatsangehörigkeit:

Angehörige/ Bezugspersonen:

1. Name, Vorname: Verwandtschaftsverhältnis: Anschrift.: Tel.: E-Mail: 2. Name, Vorname: Verwandtschaftsverhältnis: Anschrift.: Tel.: E-Mail: Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht / Betreuungsverfügung :Name, Vorname: Anschrift: Tel.: E-Mail: Notariell beglaubigt: Ja Nein

Gerichtlich bestellter Betreuer:Name, Vorname: Anschrift: Tel.: E-Mail: Patientenverfügung vorhanden: Ja NeinFreiheitsentziehende Maßnahmen: Ja Nein

Kranken- / Pflegekasse: Vers.-Nr.: Pflegegradbescheid vom: Pflegegrad: Verhinderungspflege beantragt: Ja NeinEntlastungsleistungen:

Hausarzt:Name, Vorname: Anschrift: Tel.: E-Mail: **Facharzt:**Name, Vorname: Anschrift: Tel.: E-Mail:

Ärztliche Diagnosen:

- Wichtig - Bitte zum Erstgespräch mitbringen:

- Krankenkassenkarte
 - Pflegegrad-Bescheid
 - Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung/ Betreuerausweis
 - Aktueller Medikamentenplan
 - Ärztliche An- und Verordnungen
 - Schlüsselprotokolle
-

Bemerkungen: