

Patientendaten			
Name, Vorname			
Straße		Stockwerk:	
PLZ/Ort			
Geburtsdatum			
Geburtsname			
Familienstand			
Konfession			
Telefon			
Mobil			
E-Mail			
Krankenkasse			
Mitgliedsnummer			
	Privatversichert		Ja Nein
Beihilfeberechtigt	Ja Prozent:	Nein	nachgereicht
Zuzahlungsbefreit	Ja		Nein

Angehörige	1. Angehöriger	2. Angehöriger
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Mobil		
E-Mail		
Verwandtschaftsverhältnis		

Pflegegrad/Abrechnung			
Pflegegrad vorhanden?	Pflegegrad:	seit wann:	
Derzeitiger Leistungsbezug	Geldleistung	Sachleistung	Kombileistung
Aufgeklärt über Umstellung	Ja	Nicht notwendig	
Abrechnung SGB XI über	Pflegekasse	Verhin.pflege	privat

Hausarzt	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	

Spezialist/Facharzt	
Fachrichtung	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	

Persönliche Daten	
Größe (cm)	
Gewicht (kg)	

Pflegehilfsmittel	

Inkontinenz	Ja	Nein
Produkt:		
Hausnotruf	vorhanden	nicht vorhanden
Anbieter:		

Hautzustand/ Hautverletzungen	
Allergien/Unverträglichkeiten	Ansteckende Erkrankungen (z.B. MRSA usw.)

Diagnosen

Patientenverfügung	vorhanden und gesehen	nicht vorhanden
--------------------	-----------------------	-----------------

Besteht eine Betreuung		
Generalvollmacht	eingeschränkt über:	
Kontaktdaten des Betreuers		
Nachweis über Betreuung	ausgehändigt	nicht ausgehändigt

Medikation (Tabletten/Kapseln)				
Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Bevorzugte Apotheke?		
	Konto vorhanden	Konto nicht vorhanden

Schlüssel		
Schlüssel an Pflegedienst ausgehändigt	Ja	Nein
Anzahl nachgemachte Schlüssel: _____		

Krankenleistung vom Pflegedienst zu erbringen, nach Anordnung des Arztes	
Leistung	Häufigkeit
	___ täglich/___ wöchentlich

