

## Persönliche Angaben

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versichert bei (Krankenkasse): \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

## Hausarzt / behandelnde Ärzte

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Ansprechpartner

Betreuer:

Bevollmächtigt:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

## Weitere wichtige Informationen

Patientenverfügung:  Nein  Ja *Kopie beigelegt?*

Allergien / Unverträglichkeiten:  Ja, auf: \_\_\_\_\_

Nicht bekannt

Medikamentenplan liegt bei?  Ja

Bekannte Diagnosen (z. B. Diabetes, Demenz, Herzinsuffizienz): \_\_\_\_\_

Einweisungsgrund (falls bekannt oder regelmäßig): \_\_\_\_\_