

DRITTE BEZUGSPERSON

Status (z.B. Ehepartner, Tochter, Beistand, usw.)

Name..... Vorname.....

Adresse..... PLZ/Ort.....

Festnetz..... Handy.....

E-Mail.....

BEHANDELNDER ARZT

Name..... Vorname.....

Adresse..... PLZ/Ort.....

Telefon.....

KRANKENKASSE

Name.....

Adresse..... PLZ/Ort.....

Telefon..... Vers.-Nr.....

RECHNUNGSADRESSE

Name..... Vorname.....

Adresse..... PLZ/Ort.....

AUFENTHALTSORT

Aktueller Aufenthaltsort.....

ZEITPUNKT

Ich / Wir möchten sobald als möglich eintreten Zeitraum.....

Die Anmeldung erfolgt vorsorglich (Warteliste) Zeitraum.....

Ort und Datum

Unterschrift

.....

.....

ANMELDUNG **ÄRZTLICHE ANGABEN**

Bitte durch Hausarzt ausfüllen, unterschreiben lassen und zusammen mit der Anmeldung retournieren (notwendig für die Gültigkeit der Anmeldung)

Name, Vorname (Patient).....

Hausarzt..... PLZ/Ort.....

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Selbständig in...	Ja	Nein	Teilweise	Bemerkungen
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fortbewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientierung zeitlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientierung örtlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MINI MENTAL STATUS

Datum..... Punkte.....

Bemerkungen.....

MEDIZINISCHE ANGABEN

Diagnosen.....
.....

Allergien..... Medikamente.....

.....

Rückseite beachten

VORSORGE (allenfalls durch Patient ausfüllen)

Besteht ein(e)....	Ja	Nein	Hinterlegungsort
Vorsorgeauftrag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patientenverfügung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BEDARF AN THERAPIE

	Ja	Nein	Bemerkungen
Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HILFSMITTEL

	Ja	Nein	Muss organisiert werden	Bemerkungen
Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehstöcke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rollator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SONSTIGE WICHTIGE INFORMATIONEN

.....

.....

.....

.....

.....

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Hausarzt
