

Stammblatt

Name:			
Adresse:			
Geburtsdatum:		Konfession:	
Telefon:			

Krankenkasse:			
Versicherungs-Nr:			
Rentenkasse:			
Rentenvers.-Nr:			

Hausarzt:

Name, Adresse:			
Telefon:			

Notfallkontakt:

Name:			
Telefon:			

Gesetzliche Betreuer, Bevollmächtigter: (Kopie)

Ja

Nein

Name:			
Telefon:			

Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> Alleinlebend	<input type="checkbox"/> mit Angehörigen/Partner
Vorsorgevollmacht:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Organspendeausweis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Pflegegrad/Betreuungsleistungen:

Ambulanter Pflegedienst/Pflegeheim/Betreutes Wohnen:

Vorhandene Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Rollator, Handstock, Brille):

Unverträglichkeiten/Allergien:

Chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Asthma etc.) und Einschränkungen (Sprache, Gehör, Sehen, Bewegungseinschränkungen, etc.)

Besondere Gewohnheiten (z.B. bevorzugte Lebensmittel, Bewegungseinschränkungen, Schlafhilfen):

Leben noch weitere zu versorgende Personen oder Haustiere im Haushalt?

Ja, _____

Nein

Sonstiges:
