

Datum: _____

Aufnahmebogen Neukunden

Patientendaten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Konfession _____

Familienstand _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Angehörige:

Name _____ Vorname _____ Bezug _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Name _____ Vorname _____ Bezug _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Wichtige Informationen

Hausarzt _____ Apotheke _____

Krankenkasse _____ Versichertennummer _____

Pflegegrad _____ seit _____ Beantragt () Budget \$45 _____

Bitte Rückseite ausfüllen

Pflegesituation:

- Brille Hörgerät Zahnprothese oben Zahnprothese unten Rollator Rollstuhl
 Toilettenstuhl Badelifter Patientenlifter Pflegebett Duschhocker

Erkrankungen:

- Diabetes Bluthochdruck Wunden Harnableitung PEG Dialyse am : _____

- Zu beachten:** Allergie: _____ Blutverdünnung; _____ MRSA

- Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Ihre Wunschversorgung:

Bitte bei der Krankenkasse Sachleistung beantragen!