**1. Personalien**

|  |
| --- |
| Name: |
| Vorname:  |
| Geburtsdatum | Geschlecht [ ]  männlich [ ]  weiblich  |
| Adresse | PLZ Ort |
| Telefon Privat | Natel |
| Heimatort | Konfession |
| Beruf (ehem.) | AHV-Nr. |

**2. Wohnsituation**

|  |  |
| --- | --- |
| Wohnung [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  | Eigenheim [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  |

[ ] alleinlebend [ ]  mit/in:

**3. Zivilstand**

[ ] [ ]  Alleinstehend [ ] [ ]  Verheiratet [ ] [ ]  Verwitwet [ ] [ ]  Geschieden

**4. Aktueller Zustand**

|  |
| --- |
| Mobilität: [ ]  selbständig [ ]  [ ] mit Hilfe [ ]  [ ] mit Rollator [ ]  mit Stock [ ]  [ ]  im Rollstuhl |

**5. Nächste Angehörige**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bezugsperson  | Verwandtschaftsgrad:  |
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ Ort |
| Telefon | Natel |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Bezugsperson  | Verwandtschaftsgrad:  |
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ Ort |
| Telefon | Natel |

**6. Krankenkasse**

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenkasse: | Mitglied - Nr.: |
| Geschäftsstelle: | Karten-Nr.: |
| Unfallversicherung: |
| Zusatzversicherung: |
| Adresse: |

 [ ]  Allgemein [ ]  [ ]  Halbprivat [ ]  [ ]  Privat [ ]

**7. Hausarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ Ort |
| Telefon Praxis | Telefon Privat |
|  | E-Mail |

**8. Besteht eine Patientenverfügung?** [ ]  ja (Kopie beilegen) [ ]  nein

**9. Weitere Beilagen**
 [ ]  Medikamentenliste

 [ ]  Austrittsbericht

 [ ]  Sonstiges, nämlich….

**11. Hauptdiagnosen**

**12. Pflegeauftrag**

**13. Erster Einsatz**

Datum: gewünschte Zeit:

Ort und Datum: Anmeldende Person: