**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: