



**Informationen zum Patienten**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: gesetzlich  privat  (Privatversicherte sollten vorab mit der KV klären, ob die Kosten übernommen werden)

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung: ja  nein

Pflegegrad:  \_\_\_\_\_  keine Einstufung  Einstufung bereits beantragt

Diagnosen / Infektionen / (MRSA; ESBL) / Symptome etc.

SAPV Betreuung: ja  nein

Falls ja, welches Team: \_\_\_\_\_

Vollmacht: ja  nein  Patientenverfügung: ja  nein  gesetzl. Betreuung: ja  nein

**Kontakt / Bevollmächtigter / gesetzl. Betreuer / Angehörige / Kontaktperson**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ehegatte  Kind  Betreuer  sonstige: \_\_\_\_\_

**aktueller Aufenthaltsort / Kontakt Sozialdienst**

zu Hause  Krankenhaus/Palliativstation  sonstige: \_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_