

Name	Geburtsname
Vorname	Geburtsdatum
Straße	Debitornr.
PLZ/ Ort	(wird von Pflegedienst eingetragen)
Telefonnummer	Familienstand
Handy	
eMail	

Behandlungsort		
(allein lebend, Haus/ Wohnung, Etage)		
Haustiere	Schlüssel	ja / nein
gewünschte Leistungen (Häufigkeit / Wunschtage / Wunschzeiten)		

Krankenkasse	
Versichertennummer	
Hausarzt	Apotheke
Pflegegrad	seit wann?
Diagnosen	

Angehörige/ Pflegepersonen		
Name	Verwandschaftsgrad	
Vorname		
Straße	Vorsorgevollmacht	ja / nein
PLZ/ Ort		
Telefonnummer		
Handy	eMail	
Name	Verwandschaftsgrad	
Vorname		
Straße	Vorsorgevollmacht	ja / nein
PLZ/ Ort		
Telefonnummer		
Handy	eMail	

Erstgespräch geführt am: _____

HZ: _____