



Krankenpflege Schwester Ines

ambulante Versorgung + Tagespflege + ambulant betreute Wohngruppen

Aufnahme eines neuen Klienten

Name: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Wohnsituation: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Familienstand: _____

Angehörige: _____

Vollmacht: _____

Größe, Gewicht: _____

Diagnose: _____

MRSA: _____

Pflegehilfsmittel: _____

Hausarzt: _____

Versorgung

Pflegegrad: _____

Gewünschte
Versorgung: _____

Ab wann: _____

Tage: o o o o o o o Zeiten: _____

Mo Di Mi Do Fr Sa So _____

Häufigkeit: wöchentlich: _____ täglich: _____

Verordnung häus-
licher Krankenpflege: _____

Wie sind Sie auf uns
gekommen? Empfehlung o Krankenhaus o Arzt o Autowerbung o