



Aufnahme eines neuen Klienten

Anruf am & von: _____

Telefonnummer: _____

Klienten Daten

Name: _____

Anschrift: _____

Wohnsituation: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Familienstand: _____

Angehörige: _____

Vollmacht: _____

Größe, Gewicht: _____

Diagnose: _____

MRSA: _____

Pflegehilfsmittel: _____

Hausarzt: _____

Versorgung

Pflegegrad: _____

Versorgung: _____

Ab wann: _____

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

Mo Di Mi Do Fr Sa So _____

Verordnung: _____ Rezept: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Erfasst von: _____ aufgenommen: o ja o nein