

Patientenaufnahmeblatt Hausnotruf	Ökumenische Sozialstation Otterberg e.V. Ambulante Pflege Geißbergring 2, 67697 Otterberg ☎ (06301) 7933-11; 📠 (06301) 7933-13 ✉ Kontakt@Sozialstation-Otterberg.de	 (06301) 793311
---	--	--

Aufnahmedatum:	Gewünschter Rückruf / Termin:
-----------------------	--------------------------------------

Name u. Vorname	Geburtsdatum:
Geburtsname:	Geburtsort:
Straße und Nr.	
PLZ und Ort:	
Telefon:	Mobiltelefon:

Familienstand:	Nationalität:	Konfession:
-----------------------	----------------------	--------------------

Hausarzt:

Krankenkasse:	Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unterjährig <input type="checkbox"/> nein
Mitgliedsnummer:	Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja
Pflegegrad:	seit:

Weitere Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Blindengeld <input type="checkbox"/> Landespflegehilfe <input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge
	<input type="checkbox"/> Pflegeverein (Förderverein), welcher:
	<input type="checkbox"/> Unfallkasse, welche:

Rechnungsempf.	Eigenanteil an: <input type="checkbox"/> 1. Bezug <input type="checkbox"/> Betreuer/Bevollmächtigter
-----------------------	--

Bankverbindung.	IBAN:
------------------------	-------

Grunderkrankungen Med. Besonderheiten	<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Herzinfarkt gefährdet <input type="checkbox"/> Schlaganfall gefährdet
	<input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Schwächeanfall
	<input type="checkbox"/> Asthmatiker <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Infusions-Patient <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle
	<input type="checkbox"/> Desorientierung <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Sehbehinderung
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Sehhilfe
	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Sprachstörungen
	<input type="checkbox"/> Gebissträger/in <input type="checkbox"/> Störung der Feinmotorik <input type="checkbox"/> Sprechhilfe
	<input type="checkbox"/> Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Sturzgefahr
	<input type="checkbox"/> Gehhilfen <input type="checkbox"/> Prothesen <input type="checkbox"/> Taubheit
	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Marcumar-/Falithrompatient
	<input type="checkbox"/> andere Besonderheiten:

Allergien:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, welche:
-------------------	---

Bezugspersonen werden in folgender Reihenfolge benachrichtigt (A: Angehörige; N: Nachbar; P: Pflegedienst):

1	Vorname, Name	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
	Adresse	Weg (Min.):
	Telefon	Mobil: <input type="checkbox"/> Schlüssel
2	Vorname, Name	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
	Adresse	Weg (Min.):
	Telefon	Mobil: <input type="checkbox"/> Schlüssel
3	Vorname, Name	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
	Adresse	Weg (Min.):
	Telefon	Mobil: <input type="checkbox"/> Schlüssel