

<b>Patientenaufnahmeblatt</b> Ambulante Pflege	<b>Ökumenische Sozialstation Otterberg e.V.</b> Ambulante Hilfe • Zentrum Geißbergring 2, 67697 Otterberg ☎ (06301) 7933-11; 📠 (06301) 7933-13 ✉ Kontakt@Sozialstation-Otterberg.de	
	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Gewünschter Rückruf / Termin:</b> </div>	

<b>Aufnahmedatum:</b>	
-----------------------	--

<b>Name u. Vorname</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsname:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Straße und Nr.</b>			
<b>PLZ und Ort:</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>Mobiltelefon:</b>	

<b>Familienstand:</b>		<b>Nationalität:</b>		<b>Konfession:</b>	
-----------------------	--	----------------------	--	--------------------	--

<b>Hausarzt:</b>	
<b>Facharzt:</b>	
<b>Weitere Fachärzte:</b>	

<b>Angehörige / Betreuer:</b> Adresse Telefon-/Mobil-Nr. Beziehung	① 1. Bezug	②	③

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

<b>Weitere Kostenträger:</b>	<input type="checkbox"/> Blindengeld	<input type="checkbox"/> Landespflegehilfe	<input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge
	<input type="checkbox"/> Pflegeverein (Förderverein), welcher:		
	<input type="checkbox"/> Unfallkasse, welche:		
<b>Rechnungsempf.</b>	Eigenanteil an:	<input type="checkbox"/> 1. Bezug	<input type="checkbox"/> Betreuer/Bevollmächtigter

<b>Grunderkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung, z.B. durch Medikamente (ASS, Marcumar, Heparin, ...)
	<input type="checkbox"/> Demenz
<b>Allergien:</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, welche:

<b>Patientenverfügung:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Aufbewahrungsort:</b>	
----------------------------	---	--------------------------	--

<b>Benötigte Hilfsmittel:</b>	Pflegebett, Dekubitusmatratze, Badewannenlifter, Toilettenstuhl, Toilettensitzerhöhung, Rollstuhl, Sitzkissen, Inkontinenzmaterial, Stomamaterial, etc., Verbrauchshilfsmittel (Handschuhe, Desinfektionsmittel, Krankenunterlagen, etc.)
-------------------------------	---

<b>Art der gewünschten Leistungen und Einsatzzeiten:</b>	
--	--