

Erstkontakt mit _____ vom _____

Tel.(P/M):

eMail:

Krankenkasse:

Kartennummer:

Versicherungs-Nr.

Ablaufdatum:

AHV-Nummer:

Geburtsdatum:

Patientenverfügung: JA / NEIN

Primäres Anliegen

Erwünschte Unterstützung

Administrative Alltagsbewältigung

Arbeit / Tagesstruktur

Ernährung / Allergien / Unverträglichkeiten

Schlaf / Tag-Nacht

Erwartete Dauer der Unterstützung

Bestehende professionelle Unterstützung

Psychiater:

Psychologe:

Hausarzt:

Beistand:

Andere:

Finanzielle Situation Ergänzungsleitungen)

[] erwerbstätig _____ %

[] IV _____ %

[] EL [] Hilflosenentschädigung

Soziales Umfeld (Familie, Freunde, wichtige Bezugspersonen)

Hobbys, Sinnfindung, Spiritualität

Beeinflussende Somatische Beschwerden, Diagnosen

[] Schmerzen

[] Diabetes

[] Einschränkungen im Bewegungsapparat:

[] Atmung

[] Kreislauf

Medikamente, inkl. Reserve

Welche ist momentan die therapiebestimmende Diagnose (Hauptdiagnose)?

Nebendiagnosen

[] Suchterkrankung Substanzen: _____

[] Selbstgefährdung

[] Fremdgefährdung