

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