



**Aufnahmebogen Neukunden**

**Datum** \_\_\_\_\_

**Patientendaten**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Angehörige:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Bezug \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Bezug \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Bitte Rückseite ausfüllen**



**Aufnahmebogen Neukunden**

**Datum** \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen**

Hausarzt \_\_\_\_\_ Apotheke \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Beantragt  \_\_\_\_\_ Budget \$45 \_\_\_\_\_

**Pflegesituation:**

- Brille       Hörgerät       Zahnprothese oben       Zahnprothese unten
- Rollator       Rollstuhl       Toilettenstuhl       Badelifter
- Patientenlifter       Pflegebett       Duschhocker

**Erkrankungen:**

- Diabetes Bluthochdruck       Wunden       Harnableitung
- PEG       Dialyse am: \_\_\_\_\_

**Zu beachten:**

- Allergie: \_\_\_\_\_       Blutverdünnung; \_\_\_\_\_
- MRSA       Patientenverfügung       Vorsorgevollmacht

**Was möchten Sie uns noch mitteilen?**

**Ihre Wunschversorgung:**

**Bitte bei der Krankenkasse Kombinationsleistung beantragen!**