

Zuweiser: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Basisdaten PatientIn**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_ SVNr: \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_ Betreuungs-/Meldeadresse: \_\_\_\_\_

Momentaner Aufenthalt des/der PatientIn \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Kommunikation/Sprache: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_  gewährt  beantragt  weder/noch

**Grund der Anfrage/Beschreibung der Ist-Situation:** \_\_\_\_\_

Aufklärung Patient  ja  nein      Aufklärung Angehörige  ja  nein      Wer: \_\_\_\_\_

**Medizinische (Haupt-) Diagnosen:** \_\_\_\_\_

**Pflegeleitdiagnosen:** \_\_\_\_\_

**Involvierte extramurale Dienste**

Betreuender Arzt

MOKI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ansprechpartner**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tel.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Basisdaten Familie:**

**Mutter:** Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Obsorge:  ja  nein

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ SVNr: \_\_\_\_\_ Versicherung \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Staatsbg.: \_\_\_\_\_ Sprache \_\_\_\_\_

**Vater:** Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Obsorge:  ja  nein

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ SVNr: \_\_\_\_\_ Versicherung \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Staatsbg.: \_\_\_\_\_ Sprache \_\_\_\_\_

**Name d. Geschwisters**

**Geb.Datum**

**Geschlecht**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel