

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