

## Aufnahmeantrag

Ambulant  Stationär

Name

Vorname

Geburtsdatum


Pflegestufe / Klasse

1  2  3  4  5

Pflege/ Krankenkasse

Versicherungsnummer


## Wohnanschrift:

Straße

Plz./ Ort

Telefon

Hausarzt


## Gesundheitsdaten:

Vorsorgevollmacht  Betreuer  Patientenverfügung

Adr. Betreuer /VM

--

MRSA  ESBL  sonstige Infektionskrankheiten  Welche?

--

Inkontinenz  Immobilität?

Eingeschr. Alltagskompetenz?  Hinlauftendenz

Diabetes  wenn ja: Insulinpflichtig?

Sonstiges:

--