

Änderungen im Ablaufplan

Folgende Änderungen in den persönlichen Daten bitte ich / bitten wir zu vermerken:	Schlüssel-Nr.:
--	----------------

Kunde: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers	Titel:	Geburtsdatum:		
Name, Vorname:				
Straße / Hs. Nr.:		Etage:	EFH MFH BeWo	
PLZ / Ort-Ortsteil:			Schlüssel hinterlegung: <input type="checkbox"/> OHNE <input type="checkbox"/> Rettungswache <input type="checkbox"/> Schlüsseltresor	Sozialhilfe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon Festnetz:		Kranken-, Pflegekasse: <input type="checkbox"/> Privat		Tagestaste: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon Mobil:		Krankenversicherungs-Nr.: (nur wenn gesetzl.)		Beihilfe: <input type="checkbox"/> Ja → % <input type="checkbox"/> Nein
Telefonanschluss: <input type="checkbox"/> Kein Festnetzanschluss vorhanden <input type="checkbox"/> Ehem. Analoges Anschluss <input type="checkbox"/> Breitbandanschluss (VoIP) <input type="checkbox"/> Router Netzanbieter: <input type="checkbox"/> Telekom <input type="checkbox"/> 1+1 <input type="checkbox"/> Kabel Deutschland <input type="checkbox"/> Vodafone <input type="checkbox"/>				

Körperliche und Geistige Einschränkungen / Erkrankungen sowie wichtige Medikamenteninformationen bitte in den Anamnesebogen auf der nächsten Seite eintragen!

Weitere Anmerkungen / Änderungswünsche:

Kontakte:	Name, Vorname	Adresse (Straße - Hs. Nr. / PLZ - Ort)	Rufnummern	Schlüssel / Anfahrtszeit
1	<input type="checkbox"/> Frau _____ <input type="checkbox"/> Herr _____		p _____ m _____	Min
	<input type="checkbox"/> Info bei KH <input type="checkbox"/> Nachts anrufen <input type="checkbox"/> tägl. Kontakt		Bezug z. Tln: d _____	Min
2	<input type="checkbox"/> Frau _____ <input type="checkbox"/> Herr _____		p _____ m _____	Min
	<input type="checkbox"/> Info bei KH <input type="checkbox"/> Nachts anrufen <input type="checkbox"/> tägl. Kontakt		Bezug z. Tln: d _____	Min
3	<input type="checkbox"/> Frau _____ <input type="checkbox"/> Herr _____		p _____ m _____	Min
	<input type="checkbox"/> Info bei KH <input type="checkbox"/> Nachts anrufen <input type="checkbox"/> tägl. Kontakt		Bezug z. Tln: d _____	Min
4	Pflegedienst PD _____	Ort: _____	d _____ m _____	Min
	<input type="checkbox"/> Info bei KH		Pflege x täglich	
5	Hausarzt HA _____	Ort: _____	d _____ m _____	Min
				<input type="checkbox"/> Schlüssel

Zur Verarbeitung Ihrer Daten beachten Sie bitte unsere Datenschutz-Information und die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Änderungen im Anamnesebogen

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 wird noch beantragt ist beantragt (Stand:)

A. Körperliche Einschränkungen und Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Gehbehinderung Art:	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Stock
<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr		
<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung (unabhängig vom Alter) - Art:			
<input type="checkbox"/> Sehschwäche (<input type="checkbox"/> blind)	<input type="checkbox"/> Sprachstörung (<input type="checkbox"/> stumm)	<input type="checkbox"/> schwerhörig (<input type="checkbox"/> taub)	
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Krebs	
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Herzrhythmus, Herzschwäche...)		<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Blutverdünnung erforderlich	<input type="checkbox"/> Arteriosklerose	
<input type="checkbox"/> Venenschwäche, Thrombosegefahr		<input type="checkbox"/> Geschwüre, Offenes Bein	
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung	
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis (COPD)	<input type="checkbox"/> Asthma	
Sonstige Anmerkungen:			

B. Geistige/neurologische Einschränkungen und Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Demenz	
<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung (unabhängig vom Alter)		
Sonstige Anmerkungen:		

C. Wichtige Notfall-Medikamente

Regelmäßige Einnahme:	Medikamentenplan anbei:
Medikamentenallergien/-unverträglichkeiten:	

Die Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte unserem Datenschutzhinweis und den allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift Teilnehmer/Bevollmächtigter	Unterschrift BRK - Mitarbeiter
------------	---	-----------------------------------