



2. Angaben zur Person

2.1 Stammdaten

Stand: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Wohnform: eig. Wohnung / alleine mit Angehörigen / anderen Personen
 betreutes Wohnen Pflegeheim

Haustier/e: _____

für Versorgung ansprechbar (Name, Telefon): _____

+ Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung unter Punkt 2.5

2.2 Bezugspersonen / zu benachrichtigende Personen

Bitte benachrichtigen Sie im Notfall zunächst folgende Person:

(Name, Telefon, Beziehungsverhältnis):

Wenn diese Person nicht erreichbar ist, so benachrichtigen Sie bitte:



Name:

Geb.-Datum:

2.3 Unterstützung / Versorgung / Betreuung

Hausarzt/-ärztin / Facharzt/-ärztin (Name, Tel.):

Bevollmächtigte/r gesetzlicher Betreuer/-in für den **Betreuungsbereich Gesundheit**

Name, Tel.: _____

Pflegedienst (Name, Tel.): _____

Betreuungsdienst (Name, Tel.): _____

(Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI)

Apotheke (falls Sie bei einer Stammkunde sind): _____

Hausnotruf (Institution, Tel.): _____

Essen auf Rädern (Institution, Tel.): _____

Haushaltshilfe (Name, Tel.): _____

Weitere Versorgung (Name, Tel, Art der Hilfe): _____

Palliativversorgung wird durchgeführt: ja, seit: _____ nein

Ansprechperson (Name, Telefon): _____

2.4 Persönliche Hinweise / Wünsche:

Für den Fall, dass es Ihnen in einer Notsituation nicht möglich ist, sich zu äußern, können Sie hier Wünsche für Ihr persönliches Wohlergehen aufschreiben.

+ Bitte beachten Sie den Kasten zu seelsorglicher/spiritueller Begleitung auf der Folgeseite!



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Im Notfall wünsche ich mir seelsorgliche / spirituelle Begleitung

Meine Konfession: ev.luth. r.kath. _____

Andere Religionszugehörigkeit oder Weltanschauung: _____

Kontaktperson: _____

2.5 Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsdaten (evtl. zwei Versicherungen)

Krankenkasse

ggf. Beihilfe / Heilfürsorge

Name der Versicherung: _____

Telefon-Nummer: _____

Versicherten-Nummer: _____

Zuzahlungsbefreiung: Ja Nein

(Wenn ja, Kopie des Befreiungsausweises hier einheften.)

Aufbewahrungsort Versicherungskarte bzw. Elektronische Gesundheitskarte:

Pflegestufe:	Keine <input type="checkbox"/>	Beantragt <input type="checkbox"/>	Stufe 0 <input type="checkbox"/>	Stufe 1 <input type="checkbox"/>	Stufe 2 <input type="checkbox"/>	Stufe 3 <input type="checkbox"/>
Datum:						

Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz

Ab 2017 Pflegegrade (PG) anstelle von Pflegestufen:

Pflegegrade:	PG 1 <input type="checkbox"/>	PG 2 <input type="checkbox"/>	PG 3 <input type="checkbox"/>	PG 4 <input type="checkbox"/>	PG 5 <input type="checkbox"/>
Datum:					