## **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:

Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
*Qualität durch Vernetzung*

## *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!**

Name: Geb.-Datum:

Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
*Qualität durch Vernetzung*

**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 ☐ | Beantragt ☐ | Stufe 0 ☐ | Stufe 1 ☐ | Stufe 2 ☐ | Stufe 3 ☐ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datum:** | | | | | | |

☐ **Betreuungsleistungen** bei eingeschränkter Alltagskompetenz

**Ab 2017 Pflegegrade (PG) anstelle von Pflegestufen:**

| **Pflegegrade:** | PG 1 ☐ | PG2 ☐ | PG 3 ☐ | PG 4 ☐ | PG 5 ☐ |
|---|---|---|---|---|---|
| **Datum:** | | | | | |