Power Spitex
Ihr Fels in der Brandung

Anmeldungsformular

Klient/in

Name: .....
Adresse: .....
Geburtsdatum: .....
Telefon: .....

Hausarzt: .....
Krankenkasse: .....
Zusatzvers.: .....
Unfallversicherung: .....

Bezugsperson, Angehörige .....
Tel.-Nr.: .....

Grund der Anmeldung/ Was ist im Moment das aktuelle Problem:

.....
.....
.....
.....
.....

Medizinische Diagnose / Pflegediagnose:

.....
.....
.....
.....
.....

Vorgesehener Spitexeinsatz **Ab Wann:**

a) GKP - Grundpflege ○ .....
- Behandlungspflege ○ .....
- Wundmanagement ○ .....
- Palliative Care ○ .....

b) Haushaltshilfe ○ .....

d) Hilfsmittel ○ .....

Soziale Verhältnisse: (Tagestruktur, Mobilität, Beschäftigung, Orientierung) .....

.....
.....
.....
.....

Weitere Informationen: .....

.....
.....
.....

Datum: **Unterschrift:**