

Name _____
Erstellungsdatum _____

NAME - BETREUUNGSGAST	
Versicherungs NR/Kasse	
ANWESENHEITSTAGE	MO und MI
RECHNUNGSNUMMER	RG-ITB
KONTAKTPERSON	
Wohnadresse	
TELEFONISCH ERREICHBAR	

HAUSARZT	
TELEFONISCH ERREICHBAR	

ZU HAUSE BETREUT VON	
-----------------------------	--

WUNSCHKRANKENHAUS	
falls Einweisung erforderlich	
Datenaufnahme	
Betreuungsbeginn	
Betreuungsunterbrechung	
Betreuungsende	

Pflegerische Diagnosen

Gewohnheiten/wichtiges zur Person:

			kein
Vitalwerte	andlungsbedarf		Handlungsbedarf
RR			
BZ-Messungen/Insulin			
sonstiges			
Vitalwerte			
Hautzustand/Wunde			
Diät	JA		Nein
Allergie	JA		Nein

Mitzubringen sind

Medikamente in Tagesdispenser

Inkontinenzartikel für den Tag

Mitgebrachte Heilbehelfe

Zahnprothesen	JA	oben/unten	Nein
Hörgerät/e	JA	li /re	Nein
Rollmobil	ja		nein
Rollstuhl	ja		nein
sonstiges			

Name_____

Erstellungsdatum_____

