

Unterschrift der Pflegefachkraft:



Kurzzeitpflege Stammblatt Nr.:



Aufnahme-Nr.:

Datum:

Einrichtung	I.K.-Nr.:	Wichtige Informationen (z.B. Allergien, Anfallsleiden, Herzschrittmacher, potenzielle Gefahren)		behandelnder Arzt
				Adresse
				Tel.
				Fax
Kurzzeitpflege von	bis			Besuchstag
Zimmer Nr.	Umzug			Kooperationsvereinbarung ab
Name	Geburtsname			Fachärzte / Therapeuten
Vorname	☐ weiblich ☐ männlich			Tel.
Geburtsdatum	Geburtsort			
Familienstand	Konfession	☐ keine Allergien		
Staatsangehörigkeit		☐ Freiheitseinschränkende Maßnahmen		
Anschrift		(Art der Maßnahme):		
				Ärztl. Diagnosen (seit wann, von wem)
Krankenkasse	Pflegekasse			pflegebegr. Diag.
KV-Nr.		Gerichtliche Anordnungen ☐ ja ☐ nein		
Pflegestufe:	Datum	☐ Gesundheitsfürsorge	☐ Wohnung	
Pflegestufe:	Datum	☐ Vermögen	☐ Post	
Angehörige/Bezugspersonen:		☐ Renten-, Sozialhilfeangelegenheiten	☐ alle Angelegenheiten	
☐ Anschrift	☐ Urlaubsanschrift	Einwilligungsvorbehalt:		
		gültig ab		
Telefon/Mobil:		Betreuer/in		
Angehörige/Bezugspersonen:				
☐ Anschrift	☐ Urlaubsanschrift	Tel.		
		mitgebrachte Dokumente/Ausweise (wo deponiert?)		
Telefon/Mobil:				
Angehörige/Bezugspersonen:				
☐ Anschrift	☐ Urlaubsanschrift			Beginn
		entgegengenommen am		Kostform
Telefon/Mobil:		ausgehändigt am		