

# Stammblatt

<b>Persönliche Daten</b>	<b>Pflegedaten</b>	<b>Diagnosen</b>
Name: <u>Mustermann</u>	Leistungsart: <u>SGB V, SGB XI, §45b SGB XI</u>	<u>Akute Bronchitis, Adipositas, Bluthochdruck (Hypertonie)</u>
Vorname: <u>Max</u>	Pflegegrad: <u>Pflegegrad 3, Sachleistung</u>	
Klienten-Nr.: <u>2</u> Geburtsdatum: <u>22.07.1931</u>	Erstbesuch am: <u>29.02.2012</u> durch: <u>Hr. Kuhlmann</u>	
Strasse: <u>Musterstr.11</u>	Pflegebeginn: <u>01.10.2019</u>	
Plz: <u>33445</u> Ort: <u>Musterstadt</u>	Haus-/Wohnungsschlüssel: <u>ja</u> Schlüssel-Nr.: <u>123</u>	
Tel.: <u>03495/ 26885</u> Mob.: <u>0151/12568366</u>	<b>Hausarzt</b>	
E-Mail: _____	Name: <u>Dr. Assmann Michael</u>	
lebt allein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, lebt mit _____	Strasse: <u>Rödelstr. 10</u>	
<input type="checkbox"/> verheiratet <input checked="" type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig	Plz: <u>33445</u> Ort: <u>Musterstadt</u>	
Staatsang.: <u>deutsch</u>	Tel.: <u>03495/741632</u> Fax: <u>03495/741630</u>	
Religion: <u>römisch-katholisch</u>	E-Mail: <u>dr.assmann@web.de</u>	
<b>Hausnotruf</b>	<b>Fachärzte</b>	<b>Sonstige wichtige Informationen</b>
<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Name: _____	(Allergien, Anfallsleiden, Unverträglichkeiten, Schrittmacher, etc)
<b>Angehörige</b>	Fach: _____ Tel: _____	<u>Hat einen Hund, bitte beim Eintreten in die Wohnung</u>
Name / Vorname: <u>Schmidt Heinz</u>	Name: _____	<u>beachten.</u>
Verwandschaftsgrad: <u>Lebensgefährte</u>	Fach: _____ Tel: _____	<u>Wachkoma</u>
Tel.: <u>03495/26885</u> Mob.: <u>0157/12345678</u>	<b>Kostenträger</b>	
E-Mail: _____	Krankenkasse: <u>AOK Hessen</u>	
<b>Bezugsperson</b>	Krankenvers.-Nr.: <u>X232323</u>	
Name / Vorname: <u>Becker Ursula</u>	Sozialamt: _____	
Verwandschaftsgrad: <u>Cousin/-e</u>	Sozialamt-AZ.: _____	
Tel.: <u>069/ 40 50 60 70</u> Mob.: <u>0156/ 69696462</u>	Privat: <u>Herr Mustermann Max</u>	<b>Pflegehilfsmittel</b>
E-Mail: _____	Beihilfe: _____	Hilfsmittel _____ seit _____
<b>Betreuer</b>	<b>Pflegedienst</b>	<u>Duschhocker mit Armlehnen</u>
Name / Vorname: <u>Dill Susanne</u>	<u>Demo Pflegedienst</u>	<u>Rollator</u>
Aufgabenkreis: <u>Betreuung</u>	Strasse: <u>Brönnerstraße 17</u>	<u>kl.Sauerstoffgerät</u> 15.08.2017
_____	Plz: <u>60313</u> Ort: <u>Frankfurt am Main</u>	<u>Kompressionsstrümpfe</u>
_____	Tel.: <u>069 - 15 34 87 92</u> Mob.: <u>0171/ 0101010</u>	<u>Badewannenbrett</u> 12.09.2017
Tel.: <u>0694546465</u> Fax: _____	Fax: <u>069 - 15 34 87 93</u>	<u>Elektrorollstuhl</u>
E-Mail: _____	E-Mail: <u>demo@dealsoft.de</u>	