

<b>Name:</b>		
<b>Vorname:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>Straße:</b>		
<b>PLZ/Ort:</b>		
<b>Anfrage durch:</b>		
<b>Ansprechpartner bei Rückfragen:</b>		<b>Telnr.:</b>
<b>Konfession:.</b>		<b>Telnr.:</b>

<b>Aktueller Aufenthaltsort:</b>	
<b>Kurzdiagnosen:</b>	

**Aktuelle Situation:**

<input type="checkbox"/> körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/> (Lymph-)oedem	<input type="checkbox"/> Neurol. Syptome
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Diarrhö	<input type="checkbox"/> Urol. Symptome
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Blutungen
<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen

<b>Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht:</b>	ja	<b>Pflegestufe:</b>	Pflegestufe 0
<b>Hilfsmittel:</b>	ja	<b>Wenn ja welche?</b>	
<b>Hausarzt:</b>			<b>Übernimmt weitere ärztliche Versorgung? nein</b>
<b>Krankenkasse:</b>			

Vereinbarung:

Datum:                      Unterschrift: .....