

PATIENTENDATEN



Bewohner/-innen von Pflegeeinrichtungen

Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung	
Behandelnder Arzt	Behandelnder Zahnarzt

Versicherungsstatus

Krankenkasse	Krankenkasse	Mitgliedsnummer
gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> mit Zusatzversicherung	Welche Zusatzversicherung?
privat versichert	<input type="checkbox"/> vollversichert <input type="checkbox"/> Basis-Tarif <input type="checkbox"/> Beihilfe	Welche Beihilfe?

Pflegestufe

nach § 15 Abs. 1 SGB XI

Eingliederungshilfe

Eingeschränkte Alltagskompetenz

Behördlicher Bescheid

Betreuungssituation

<input type="checkbox"/> Pflegestufe 0 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3

<input type="checkbox"/> körperliche, geistige oder seelische Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX
--

<input type="checkbox"/> Schädigungen und Funktionsstörungen infolge demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen

<input type="checkbox"/> befristet bis: <input type="checkbox"/> unbefristet
--

<input type="checkbox"/> Der Patient kann die Praxis aus oben genannten Gründen nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen
<input type="checkbox"/> Der Patient ist nicht mehr fähig, seine eigenen, insbesondere rechtlichen Angelegenheiten zu besorgen (Betreuer oder Bevollmächtigter wurde beauftragt)

Kontaktdaten des Betreuers/Vorsorgebevollmächtigten

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
E-Mail	Telefon
Behandlungseinwilligung	<input type="checkbox"/> erteilt <input type="checkbox"/> nicht erteilt

Behandelnder Hausarzt

Praxis	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Laufende Behandlungen (ggf. Facharzt)	

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.

Datum	Unterschrift
-------	--------------