

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten / Anschrift geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status Datum
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	

Pflegeüberleitung (Teil 1 / von 5)
Stammblatt
Kreis Viersen – Pflegekonferenz
 Stand: November 2007
Auszufüllen von: Arzt / Krankenhaus / Pflege-
institution

An:
☐ Krankenhaus ☐ amb. Pflegedienst ☐ Reha ☐ Pflegeheim* ☐ Sonstige
Name:

Rufnummer	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Muttersprache	Religion
Zusatzversicherung:	
Krankensalbung	<input type="checkbox"/> erteilt <input type="checkbox"/> nicht erteilt <input type="checkbox"/> erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erwünscht
Einstufung Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> beantragt am <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: bewilligt am Stufe

Soziale Daten	
Bisherige Versorgung durch: bitte auswählen Versorgung (1) <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige, <input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> teilstat. <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> vollstat. Pflege Name / Adresse / Tel.-Nr. : Ansprechpartner / Bezugspflegeperson :	
wenn Versorgung (2) gegeben <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> teilstat. <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> vollstat. Pflege Name / Adresse / Tel.-Nr. : Ansprechpartner / Bezugspflegeperson :	
Hauptbezugsperson (Name, Adresse, Telefonnummer): Name / Adresse : Tel.-Nr. :	
(a) Betreuungsverfügung (b) Patientenverfügung (c) Patientenvertretungsregelung (d) (Vorsorge) Vollmacht <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> (b) <input type="checkbox"/> (c) <input type="checkbox"/> (d) liegt vor <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> (b) <input type="checkbox"/> (c) <input type="checkbox"/> (d) liegt nicht vor <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> (b) <input type="checkbox"/> (c) <input type="checkbox"/> (d) Kopie beigelegt	Gesetzlicher Betreuer (bitte Betreuungsbeschluss in Kopie beifügen) Name / Adresse / Tel.-Nr. :

Bitte beachten Sie die Einverständniserklärung zur Weitergabe verwaltungsrelevanter und medizinisch-pflegerischer Daten (Teil 4 dieses Bogens).

Bogen ausgefüllt durch		
Name / Adresse / Station / Stempel der Einrichtung		
Datum	Unterschrift	Tel.-Nr. / Fax