



# Anfragebogen

Name:

Geb. Datum:

Adresse:

Gesprächspartner/in:

Telefon:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Pflegegrad:

ja

nein

beantragt

Lebenssituation:

lebt alleine

lebt mit Angehörigen

Versorgung:

von Angehörigen

Krankenhaus

von Pflegedienst

Keime:

ja, welche

keine

Nächste Angehörige:

Adresse/Telefon/E-Mail:

Gesetzliche Vertreter/in:

Vollmacht

gesetzl. Betreuung

Adresse/Telefon:

Hausarzt/-ärztin:

Diagnose:

Ist Zustand:

Speziell erforderliche Behandlungspflege:

SAPV:

Anfrage entgegengenommen

Datum:

Kürzel:

Unterlagen versendet:

per Post

per E-Mail

Aufnahme erfolgt:

ja

nein, Grund: