Überleitungsbogen

KreisSeniorenRat Biberach

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Krankenkasse:_____

Pflegestufe
§ 45

	0		1		2		3
	1		2				

Familienstand: **Konfession:**

Hausarzt: _____ **Facharzt:** _____

Telefon: _____ **Telefon:** _____

Betreuender Angehöriger/Betreuer: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

E-Mail: _____

Generalvollmacht ( ) ja ( ) nein
Vorsorgevollmacht ( ) ja ( ) nein
Patientenverfügung ( ) ja ( ) nein

Mitgebrachte Hilfsmittel:

Bei einer Verlegung oder Rückverlegung informieren Sie bitte umgehend:

Institution:	
Bereitschaft:	
Sonstige:	

Hinweise zu meiner Medikation:

Allergie/Unverträglichkeit:

Persönliche Hinweise:

Hinweise MRE:

Migration: Muttersprache _____ In Deutschland seit ____

Gesprochene / verstandene Sprache: _____

Ansprechpartner: _____ Tel.: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Verlegung, Überleitung und im akuten Notfall weitergeleitet werden. Bitte Informieren Sie wie angegeben meine Angehörigen, Institution (Sozialstation, Heimleitung, Träger) über meine Verlegung oder meine Rückkehr, damit weitere Maßnahmen der Versorgung (Medikamente, Pflege, Verpflegung) umgehend organisiert werden können.

.

_____ _____

Unterschrift Generalbevollmächtigter / Bewohner/Patient **Institution / Stempel**