

Stammblatt



Name des Prüflings: _____

Übersicht		
	Klient /in:	Behandelnde Ärzte und Therapeuten: (Nennung der Fachbereiche)
Name:		
Vorname:		

Informationen des Klienten		
Alter:	Beruf:	Aufnahmedatum:
Familienstand:	Pflegegrad:	

Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betreuung/ Vollmacht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Freiheitsentziehende Maßnahmen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnosen:

Krankenhausaufenthalte:

Aufnahmegespräch/ Aufnahmeinformationen:	Hilfsmittel:
------------------------------------------	--------------