

# AUFNAHMEBOGEN



Name, Vorname des/der Antragsteller:in

Telefonnummer

Beziehung zum/zur Patient:in

## Informationen des/der Patient:in

Name

Vorname

Geburtsdatum

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers  
Geschlecht

Vollständige Adresse

Telefon (privat)

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Versicherung

Versicherungsnummer

Zusätzliche Informationen: Beihilfe?

Pflegegrad

Pflegegrad besteht seit

Letztes Beratungsgespräch

Empfohlen von

Welche Art der Unterstützung wird benötigt?