**Stammdaten Blatt**

Anmelde Nummer :

Status :

Anmeldung eingegangen am :

1. Einsatz/Datum :

**Patienten/Kunden Daten**

Vorname / Name :

Geburtsdatum :

AHV Nummer :

Geschlecht :

Zivilstand :

Sprache :

Strasse / Hausnummer :

Ort :

Telefonnummer :

E-Mail Adresse :

**Informationen zum Versicherten**

Krankenversicherung :

Krankenversicherungsnummer :

KV Karten Nummer :

Ablaufdatum KV Karte :

Rechnungs Anteil / Selbstbehalt:

**Angehörige**

Vorname / Name :

Beziehungsart Angehöriger :

Telefon Nummer :

**Hausarzt / Hausärztin**

Name / Vorname :

GLN-Nummer :

ZSR-Nummer :

E-Mail :

Fachgebiet :

Telefon :

Fax :

Adresse Praxis :

**Informationen Pflegeauftrag**

Standard Dienstleistungen

.

.

.

.

Hauptdiagnose :

Nebendiagnose :

Angefügte Dokumente :

**Angaben zuweisende Arztpraxis und zuständige Fachperson**

Zuweisende/r Arzt/Ärztin

Name / Vorname :

GLN-Nummer :

ZSR-Nummer :

Fachgebiet :

Telefon :

Arztpraxis/Adresse

c/o Name :

Strasse/Hausnummer :

Ort :

 Zuständige Person

Name/Vorname :

Funktion :

Direkte Telefonnummer :

Alternative Telefonnummer :

Erreichbarkeit :

E-Mail Adresse :

Zusätzliche Informationen :