

# Meldebogen



## Meldung durch

Einrichtung (KH / HA / PH): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Funktion: \_\_\_\_\_

Tel. / Fax / Mail: \_\_\_\_\_

## Meldung von

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort / Stadtteil: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_ ICD 10: \_\_\_\_\_

Metastasen: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

KH / Station / Tel.: \_\_\_\_\_ Klinikarzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ zuzahlbefreit:

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel : \_\_\_\_\_

Angehörige / Bezug / Tel.: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung vorhanden  Vorsorgevollmacht hat: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Entlassung nach: \_\_\_\_\_ Entlassung am: \_\_\_\_\_

Meldung am: \_\_\_\_\_ PCT / BS -Betreuung durch \_\_\_\_\_