

Aufnahmebogen für eine Beratung nach § 132 g SGB V

Persönliche Kundendaten: (bitte vollständig ausfüllen!)	
Anrede:	Telefon:
Vorname:	Mobil:
Nachname:	Teamleitung:
Geburtsdatum:	Bezugsmitarbeiter:
Geburtsort:	
Wohnsitz:	
Krankenkasse:	Versicherungs-Nr.:
Lebensverkürzende Diagnosen: Ja <input type="checkbox"/>	Diagnosen
Nein <input type="checkbox"/>	

Gesetzlicher Vertreter	
Anrede	Titel:
Vorname:	Mobil:
Nachname:	Telefon:
Email:	
Anschrift:	
Ersatzvertreter	
Anrede:	Titel:
Vorname:	Mobil:
Nachname:	Telefon:
Anschrift:	
Email	

Kunde:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>

Aufnahmebogen für eine Beratung nach § 132 g SGB V

Hausarzt			
Anrede:		Titel:	
Vorname:		Mobil:	
Nachname:		Telefon:	
Anschrift:			
Email			

Beratungsrelevante Informationen				
Verbale Kommunikation möglich?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Unterstützte Kommunikation nötig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
	Welche?			
Beeinträchtigung in der Wahrnehmung (Taub, Blind etc.)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
	Welche?			
Begleitung durch Vertrauensperson notwendig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Konzentrationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	Gut	<input type="checkbox"/>	Nicht so gut
Kann das Beratungsgespräch auch außerhalb der Wohngruppe stattfinden?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Beratungsrelevante Informationen z. B. nicht verarbeitete Erlebnisse in Bezug auf Tod und Sterben				

Aufnahmebogen ausgefüllt durch:

Vorname:	
Nachname	
Datum:	

Kunde:	
Datum:	

Seite 2 von 2