



SCHWESTERN  
VOM GÖTTLICHEN ERLÖSER

## KZP-Bewohnerdatenblatt

Familienname:	Vorname:
Adresse:	Telefonnr.:
Versicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Geburtsname:	Geburtsort:
Familienstand: verw/verh/ledig/gesch	Religion: (Angabe freiwillig)
Krankenkasse:	Pensionsversicherung:
Angehörige, Vertrauensperson: Verhältnis: Name: Adresse: Tel.:	Angehörige: Verhältnis: Name: Tel.: ev. weitere Angehörige:
Erwachsenenvertretung / SW alt: Vorsorgevollmacht Gewählter Vertreter Gesetzlicher Vertreter Gerichtlicher Vertreter	Bezahlung durch SZ/BH
Wohnbereich:	Zimmernummer:
Eintritt:	Austritt:

### **Bemerkung:**

Pflegestufe:	Hausarzt:
Bekannte Allergien:	Kostform:: Normalkost/Schluckkost/Breikost/PEG-S.
Demenz ja/nein	Inkontinent ja/nein
Physio ja/nein	Krankengeschichte vorhanden ja/nein
Rezeptgebühr befreit ja/nein	Wäscheversorgung erklären

Sonstiges:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Daten und gebe die Einwilligung zur weiteren Verarbeitung.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_