

Einrichtung:		Heimaufenthalt am:		wichtige Informationen (z.B. Allergien, Epilepsie, Hilfsmittel usw.)	
		Zimmer Nr.:			
		Bisheriger Wohnort:			
Name:	Geburtsname:		ärztliche Diagnosen:		
Vorname:	weiblich	männlich			Angehörige / Bezugspersonen: (Name, Tel.)
Geburtsdatum:	Geburtsort:				Betreuer/in: (Name, Tel.)
Familienstand:	Konfession:				
Staatsangehörigkeit:	Kostform:				Vorsorgevollmacht: (Name, Tel.)
	Krankenkasse:	Pflegegrad:			

Version 1.1	Altenpflege	Freigabe		Revision	Seite 1 von 2
08.05.2017	Pflegedokumentation/Stammblatt	Roscheck / Frenzel	Heinold		
Qualitätsmanagement	Altenpflegeschule der LWGA	Schulleitung der APS	Direktor der LWGA	Qualitätsmanagement	

Einrichtung:		Heimaufenthalt am:		wichtige Informationen (z.B. Allergien, Epilepsie, usw.)
		Zimmer Nr.:		
		Bisheriger Wohnort:		
Name:	Geburtsname:		Angehörige / Bezugspersonen: (Name, Tel.)	
	Vorname:	weiblich männlich		
Geburtsdatum:	Geburtsort:		Betreuer/in: (Name, Tel.)	
Familienstand:	Konfession:			
Staatsangehörigkeit:	Kostform:		Krankenkasse: Pflegegrad:	