

Anamnese Blatt 3

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Schwerbehindertenausweis**?  Ja  Nein

**Grad der Behinderung/GdB** \_\_\_\_\_%

**Merkzeichen:**  G  aG  H  B  Bl

Haben Sie eine **Pflegestufe**?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Stufe?  1  2  3

Haben Sie einen **Pflegedienst**?  Ja  Nein

Wenn ja, welchen: Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Wie oft kommt er? \_\_\_\_\_ x/Tag \_\_\_\_\_ x/Woche

Was macht er für Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!**