

1. Anlaufstelle:		Von Netzwerkpartnern auszufüllen
2. Ansprechperson in der Anlaufstelle:		
3. Tel.: ..... Fax.: .....		
<b>4. Schweigepflichtsentbindung erfolgt:</b>		ja <input type="checkbox"/>
5. Name der/s Patientin/Patienten:	Alter:	
6. Adresse und Telefonnummer:		
7. Name des Angehörigen:	Patient/-in allein lebend: <input type="checkbox"/>	
8. Adresse und Telefon des Angehörigen:	Betreuungsvollmacht vorhanden: ja <input type="checkbox"/>	
<b>9. Besondere Diversität (Kultur, Religion, Behinderung etc.):</b>		
10. Vorerkrankungen:		
11. Spezifische Verhaltensweisen und Symptome (z.B. Gedächtnisstörungen, Sprachstörungen, Interessenverlust):		
12. Medikamente:		
13. Operationen und Krankenhausaufhalte:		
14. Problembeschreibung:		
15. Rückmeldung an beteiligte Professionen (z.B. Umsetzung der geplanten Maßnahmen, Auffälligkeiten, weitere Empfehlungen und sonstige Anmerkungen)		Datum:
		Rückmeldung an Netzwerkpartner

Das Projekt wird gefördert vom Land NRW und der Europäischen Union im Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW.