



## Interessentenanfrage Stationär

Name des Bewohners:

Geb.-Datum:

Pflegegrad:

Pflegekasse:

Angehörige:

Anschrift:

1. Telefonnummer:

2. Telefonnummer:

E-Mail:

**Aufnahmedatum:**

KZPF von:

bis:

**Aufnahmedatum:**

Stationär von:

bis:

DZ Zi. Nr.

EZ Zi. Nr.

Diagnose / pflegerische Informationen:

Keime:

Ja

Nein

Wenn ja, welche:

MRSA / VRSA

Pseudomonas

VRE

ESBL

MRGN

Chlostridium difficile

Andere

.....

Verbleib

Datum:

Unterschrift: