

1. Anlaufstelle:		Von Netzwerkpartnern auszufüllen
2. Ansprechperson in der Anlaufstelle:		
3. Tel.: Fax.:		
4. Schweigepflichtsentbindung erfolgt:		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"/>	
9. Besondere Diversität (Kultur, Religion, Behinderung etc.):		
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.