

(mit Einverständnis des Klienten, gemäss Einsatzvereinbarung)

Streng vertraulich! Einsichtnahme ausschliesslich durch Spitex Imboden

Name/Vorname Klient: _____

Adresse/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Patientenverfügung vorhanden:* ja nein

Rea:* ja nein

*) sofern dies mit Klient besprochen wurde

	(Bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Palliative Care
		<input type="checkbox"/> Psychiatrie-Bereich	<input type="checkbox"/> Akut- und Übergangspflege
Hauptdiagnosen:			
Nebendiagnosen:			

Datum: _____

Arzt (Unterschrift) _____

Aufbewahrungsort: - Original Klientenordner (beim Klienten vor Ort)
- Kopie im Klientendossier (im Büro)