

Kunden-Nr. _____
Besuchstermin _____
Wochentag _____
Uhrzeit _____



**Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband Dachau e.V.**

Mittermayerstraße 33
85221 Dachau
Tel. 081 31 / 6 12 17 - 0
Fax 081 31 / 6 12 17 - 17

Aufnahmebogen

Daheim – nicht allein – Wir geben Ihnen Sicherheit

Name

Vorname

Krankenkasse

Versicherungs-Nummer

Geburtsdatum

Versicherungs-Status

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon-Nr.

Familienstand

Angehörige

Straße, Hausnummer (Angehörige)

PLZ, Ort (Angehörige)

Telefon-Nr. (Angehörige)

Bezugsperson

Straße, Hausnummer (Bezugsperson)

PLZ, Ort (Bezugsperson)

Telefon-Nr. (Bezugsperson)

Hausarzt

Hausarzt Vertretung

Anmelder

Telefon-Nr. (Anmelder)

Allergien/Unverträglichkeiten Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Gebührenbefreiung Nein Ja

Hausarztmodell Nein Ja

DMP-Programm Nein Ja

Marcumar-Ausweis Nein Ja

Diabetiker Nein Ja

Impfpass Nein Ja

Schwerbehindertenausweis Nein Ja

Parkausweis Nein Ja

Personalausweisbefreiung Nein Ja

Fährt noch Auto Nein Ja

GEZ-Befreiung Nein Ja

Apotheken-Kundenstammkarte Nein Ja

Assistance-Versicherung Nein Ja

Krankenzusatz-Versicherung Nein Ja

Vertragsbeginn

Vertragsänderung

Soziales Umfeld

Diagnose

Hilfsmittel

Medikamente

Essen auf Rädern

Notruf

Aufgenommen am

Aufgenommen durch