

# Anmeldung zur ambulanten ernährungstherapeutischen Versorgung

## Patientendaten /-Etikett

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  I  II  III  IV  V  beantragt

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

## Diagnosen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ m      aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Diabetes: \_\_\_\_\_

weitere Stoffwechselerkrankungen: \_\_\_\_\_

## Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Verordnender:

Ambulanz  Hausarzt

onkolog. Praxis  Palliativmediziner  anderer

Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Organisation eines qualifizierten Pflegedienstes gewünscht (bei PE)

Trinknahrung

Sondenkost

parenterale Ernährung

Vitamine: \_\_\_\_\_  Spurenelemente: \_\_\_\_\_

**Zugang:**  zentralvenös  PEG  PEJ  PICC  keiner  anderer: \_\_\_\_\_

## Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte per Fax an: 0251-32261-111**

Ich bin damit einverstanden, dass die confido CARE GmbH das Management der ambulanten Versorgung für mich durchführt. Ich bin mit der Weitergabe und Verarbeitung meiner Daten an Dienstleister und Leistungserbringer zur ambulanten Versorgung einverstanden. Diese dürfen zu diesem Zweck meine persönlichen und medizinischen Daten gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz und nach dem Grundsatz der Datensparsamkeit speichern, nutzen und an Kooperationspartner weitergeben, um gemeinsam mit den behandelnden Ärzten die ambulante Versorgung abzusprechen, zu organisieren und durchzuführen.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/in, Datum)