

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:

onkolog. Praxis

Ambulanz

Palliativmediziner

Hausarzt

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)