

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Tel.: (02 31) 79 33-07  
 Fax: (02 31) 79 33-188

info@gtp-system.de  
 www.gtp-system.de

GTP-System GmbH & Co. KG Am Brambusch 22 44536 Lünen



HA

Erstgesprächsbogen

## Erstgesprächsbogen

**Diagnose:**

**Wunde besteht seit:**

**Bemerkungen:**

Telefonnummer des Patienten		
Bezugsperson	Name	Tel
Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bereich
Name Betreuer		Tel Betreuer
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Partner <input type="checkbox"/> mit Familie	
	<input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen	Name/Station
Hausarzt	Name:	Anschrift
		Telefon:

Wundkompetenzzentrum	
<input type="checkbox"/> Termin	
<input type="checkbox"/> Patient vereinbart selbständig innerhalb von 7 Tagen einen Termin	
Pflegedienst <input type="checkbox"/> nein, VW durch Arzt und Patient	
<input type="checkbox"/> Ja, Name des PD	

Vertragsarztstempel/Unterschrift Arzt

DialogpartnerIn bzw.  
 zust. MitarbeiterIn für Rückfragen