07 Vorlage Informationssammlung praktische Anerkennungsprüfung

Name, Vorname Pflegekraft in Anerkennung: _____ Einsatzort: _____

Datum:_____

Alter zu pflegende Person:	
Aufnahmedatum:	
Aufnahmegrund:	
Diagnosen:	
Nebendiagnosen:	
Medikamente:	

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
Billstraße 80 | 20539 Hamburg
Telefon: 040 428 37-0 | https://www.hamburg.de/sozialbehoerde
Stand: 07/2025

Hamburg

Identifizierte Pflegephänomene:	
Krankheitsgeschichte/ Kurzanamnese:	
Sonstiges:	