

III. Kapitel Kundenbezogene Prozesse
Formular Kunden/Interessenten - Erstkontakt

Kunden/Interessenten - Erstkontakt	
Datum/Uhrzeit des Erstkontaktes:	
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?	<p>persönlich von:</p> <p><input type="checkbox"/> Kunde/Interessent selber(potentieller Bewohner)</p> <p><input type="checkbox"/> Angehöriger</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuer</p> <p>Telefonisch durch:</p> <p><input type="checkbox"/> Kunde/Interessent selber(potentieller Bewohner)</p> <p><input type="checkbox"/> Angehöriger</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuer</p> <p>aus Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Name Krankenhaus/Sozialdienst</p> <p><input type="checkbox"/> Name Rehaklinik/Sozialdienst</p> <p>aus anderen Pflege- und Altenheimen</p> <p><input type="checkbox"/> Name der Einrichtung</p> <p>Sonstige:</p> <p><input type="checkbox"/> Name Arzt</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Besichtigung der Einrichtung am:</p>
Name des Anfragenden: Telefon: Straße und Hausnummer: PLZ und Ort:	
Name und Vorname des potentiellen Bewohners: (wenn nicht mit dem Namen des Anfragenden identisch) Telefon: Straße und Hausnummer: PLZ und Ort: Geburtsdatum:	
Heimaufnahme gewünscht ab: Pflegegrad: Gründe für Absage:	
Besonderheiten/Absprachen	

Erstgespräch wurde geführt von:

Dateiname: EIII.M02	Erstellt durch: Klein	Freigabe: GF, Schulze	Änderungsstand: 3.0	Seite 1 von 1
------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------