

Anfragebogen zur stationären Aufnahme in einem Hospiz

1.) Anfragende Person/Einrichtung		Datum:	
Ansprechperson für Rückmeldungen bzw. bei Aufnahme im Hospiz:		Telefon/Mobil:	
Derzeitiger Aufenthaltsort der Patientin/des Patienten:			
Anfragestatus:		verbindliche Anmeldung ☐ dringend ☐	
2.) Patientendaten		Patientenverfügung ☐ Vollmacht ☐	
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Familienstand:	Konfession:
Straße:		Hausärztin/-arzt:	
PLZ:	Ort:	Telefon:	
Krankenkasse:		Beihilfe: ☐ mit _____ % Personal-Nr.:	
Versicherten-Nr.:		Beihilfestelle: ☐	
		Zuzahlungsbefreiung: ja ☐ nein ☐	
Pflegegrad: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐		beantragt: ☐ ja, am _____ nein ☐	
Lebenssituation:		Pflegeheimbewohner/in: ☐	
<u>Zugehörige/r 1:</u>		Beziehung zur angefragten Person:	
Straße:		Telefon:	
PLZ/Ort:		Mobil:	
Vorsorgevollmacht: ☐		E-Mail:	
Finanzen: ☐			
Gesetzliche Betreuung: ☐			
<u>Zugehörige/r 2:</u>		Beziehung zur angefragten Person:	
Straße:		Telefon:	
PLZ/Ort:		Mobil:	
Vorsorgevollmacht: ☐		E-Mail:	
Finanzen: ☐			
Gesetzliche Betreuung: ☐			
3.) Hauptdiagnose & aktuelle Probleme/Symptome			
Psychiatrische Diagnosen:			
Sonstiges/weitere Bemerkungen:			
Infektionskrankheiten: nein ☐ ja ☐ welche _____			
SAPV-Team ☐ Hospizdienst ☐ Facharzt ☐ Pflegedienst ☐			
O ₂ -Bedarf ☐ Port ☐ Blasenkatheter ☐ Stoma ☐ Tracheostoma ☐ Sonstiges: _____			
In welchen Hospizen angefragt: 1. _____ 2. _____			
3. _____ 4. _____ 5. _____			