

ANFRAGE HOSPIZ AM OHMPLATZ DIAKONIE ERLANGEN

Informationen zum Betroffenen/Gast:

Name: _____ Geb. Dat.: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Familienstand: _____ Rel.: _____
Krankenkasse: _____ Privatvers. Ja
Vers.Nr.: _____ Beihilfe: Ja Nein
Pflegegrad: _____
Aufenthaltort Betroffener: Zu Hause Krankenhaus Pflegeheim
Einrichtung: _____ Station: _____
Ansprechpartner*in: _____ Tel.: _____
Akt. Hausarzt: _____ Tel.: _____

Grunderkrankung (= Hospizindikation): _____

Infektionen (MRSA, sonst.): _____

Aufgeklärt über Erkrankung: Ja Nein und Hospiz: Ja Nein

Therapieziel (Sterbebegleitung) mit dem Betroffenen besprochen: Ja Nein

Information zu Angehörigen/Betreuern:

gesetzliche Betreuung: Ja Nein

Name, Adresse, Tel. Betreuer: _____

General- und Vorsorgevollmacht: Ja Nein Pat.verfüg.: Ja Nein

Name, Adresse, Tel. Bevollmächtigter: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Bevollmächtigter = Rechnungsempfänger Ja Nein

Sonstige Angehörige:

Name: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Adr.: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Anmerkungen: _____

Voraussetzung für eine Aufnahme ist ein Erstgespräch im Hospiz:

- Die Angehörigen wurden informiert, zeitnah Kontakt zum Hospiz aufzunehmen:
Sozialer Dienst: 09131-7192926 oder Leitung: 09131-6301580

Datum: _____ Name/Institution Anfragender: _____ Telefon: _____

Die Aufnahme erfolgt nach Reihenfolge der Anmeldung. Dringende Situationen können eine Abweichung von der Reihenfolge rechtfertigen. Sollte die Anmeldung gegenstandslos werden, benachrichtigen Sie uns bitte.

Freigabe	Version	Datum
Staudigl	4	14.10.2019