

ANFRAGE HOSPIZ AM OHMPLATZ DIAKONIE ERLANGEN

Datum: _____ Anmeldung durch: _____ Telefon: _____

Gast: Name: _____ Geb. Dat.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Familienstand: _____ Rel.: _____

Krankenkasse _____ Privatvers. Ja

Vers.Nr.: _____ Beihilfe: Ja Nein

Pflegegrad: _____ gesetzl. Betreuung: Ja

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

Gast befindet sich zu Hause: Ja Nein

Bei Nein, Einrichtung: _____ Station: _____

Tel: _____ Ansprechpartner: _____

Dringlichkeit: zeitnah → Warteliste vorsorglich → Voranfragen, Angeh. melden sich

Grunderkrankung (seit): _____

Infektionserkrankung: _____

Aufgeklärt über Erkrankung: Ja Nein und Hospiz: Ja Nein

Therapieziel (Sterbebegleitung) mit dem Gast besprochen: Ja Nein

Anmerkungen diesbezüglich: _____

Symptome: Dyspnoe Schmerzen Übelkeit / Erbrechen

Unruhe Verwirrtheit Wortfindungsstör.

Mobilität: bettlägerig im Zimmer mobil lange Strecken mobil

Ernährung: normal flüssig / weich nicht möglich

Orientierung: ja nein

Zugänge: Port ZVK/PVK PEG

Ableitungen: PEG Dauerkatheter Tracheostoma

Hilfsmittel: Rollstuhl Rollator Sauerstoffgerät

Sonstige Hilfsmittel: _____

Versorger: _____

Kontinenz: Kontinent Inkontinent Stoma / Urostoma

Dauerrezept vorhanden: Versorger: _____

Soziale / psychische Situation: _____

Anmerkungen: _____

Hausarzt: _____ **Tel:** _____

Angehörige: Name: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

(Vollmacht) Adresse: _____

Telefon: _____ privat gesch.

E-Mail: _____

**Bitte schicken Sie diesen Bogen per Fax oder E-Mail zurück. Adresse siehe oben.
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.**