

Anmeldung stationäre Hospizaufnahme

Datum: _____

Absender: _____

Ansprechpartner: _____ **Tel. Nr.:** _____

Name(Gast): _____ **Vorname:** _____ **geb. am:** _____

Straße, Hausnr.: _____ **PLZ:** _____ **Wohnort:** _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Diagnose: _____

Pflegerische Informationen:

<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> bettlägerig	
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie		
<input type="checkbox"/> oral _____	<input type="checkbox"/> intravenös _____	<input type="checkbox"/> Pflaster _____
<input type="checkbox"/> Sauerstoff	<input type="checkbox"/> Port/ZVK	<input type="checkbox"/> Magensonde
<input type="checkbox"/> AP – Anlage	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> BDK
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

Krankenversicherung: _____

Pflegegrad: _____ **Hausarzt:** _____

Angehörige/ Betreuung: _____

Straße; Hausnr.: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____ **Tel. Nr.:** _____

Geplante Aufnahme im Hospiz: _____

Unterschrift: _____