

Anfragebogen zur Aufnahme im stationären Hospiz

(Bitte zurücksenden an das Hospiz, bei dem Sie anfragen wollen - **bitte beachten Sie die unten stehenden Erläuterungen**)

1 Anfragende Person/Einrichtung:	Datum:
Ansprechpartner*in für Rückmeldungen bzw. bei Aufnahme ins Hospiz:	Tel.:
Derzeitiger Aufenthaltsort des/der Patient*in:	
Anfragestatus <input type="checkbox"/> a.) Voranfrage <input type="checkbox"/> b.) Anfrage <input type="checkbox"/> c.) dringend	

2 Patientendaten:		Patientenverfügung	Corona: vollständig geimpft oder genesen
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Familienstand:	
Straße:		Konfession:	
PLZ:	Ort:	Tel.:	
Krankenkasse:		Beihilfe: <input type="checkbox"/> mit %; Personal-Nr.:	
Versicherten-Nr.:		Beihilfestelle:	
		Zuzahlungsbefreiung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Pflegegrad: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		beantragt: <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein	
Lebenssituation:			
<u>Zugehörige*r 1:</u>		Beziehung zur angefragten Person:	
Straße:		Festnetz-Nr.:	
PLZ/Ort:		Mobil-Nr.:	
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/>		Email-Adresse:	
Finanzielle Angelegenheiten: <input type="checkbox"/>			
<u>Zugehörige*r 2:</u>		Beziehung zur angefragten Person:	
Straße:		Festnetz-Nr.:	
PLZ/Ort:		Mobil-Nr.:	
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/>		Email-Adresse:	
Finanzielle Angelegenheiten: <input type="checkbox"/>			

3 Hauptdiagnose & aktuelle Probleme/Symptome:	
Sonstiges/ weitere Bemerkungen:	
Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	
4 SAPV-Team:	Tel.:
Hausarzt/Facharzt:	Tel.:
Pflegedienst/amb. Hospizdienst:	Tel.:
Angefragt in den Hospizen 1. _____ 2. _____ 3. _____	