



Anmeldung stationäre Hospizaufnahme

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

Straße Hausnr.: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Krankenversicherung (ggf. Versichertennummer): _____

Diagnose: _____

Hausarzt: _____

Patientenverfügung: ja nein Vorsorgevollmacht: ja nein

Pflegegrad: _____ beantragt (Datum & beantragt durch): _____

SAPV: nein ja Gültigkeit der aktuellen Verordnung: _____

Pflegerische Informationen:

wach somnolent orientiert desorientiert

mobil rollstuhlmobil bettlägerig BDK

Wundversorgung: _____

Schmerztherapie oral _____ intravenös _____ Pflaster _____

Sauerstoff Port/ZVK AP – Anlage Tracheostoma

PEG/ Ablauf-PEG Ernährung: parenterale enteral

Sonstiges _____

Angehörige/ Betreuung: _____

Straße Hausnr.: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel. Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Ansprechpartner: _____ Tel. Nr.: _____

Geplante Aufnahme im Hospiz: _____

Absender: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____