

# Anfragebogen zur Aufnahme in den stationären Hospizen

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

<b>Patientendaten:</b>			
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
Geburtsdatum:		Familienstand:	
Straße:		Konfession:	
PLZ:	Ort:	Tel.:	
Krankenkasse:		Beihilfe: <input type="checkbox"/> mit %	
Versicherten-Nr.:		Beihilfestelle:	
Zuzahlungsbefreiung:    ja                      nein		Personalnummer:	
Pflegegrad:    I        II        III <input type="checkbox"/> IV        V		beantragt:    ja, am                      nein	
Patientenverfügung: ja    nein    in Vorbereitung		Vorsorgevollmacht: ja    nein    in Vorbereitung	
<b><u>Zugehörige:r 1:</u></b>		Beziehungsgrad zur angefragten Person:	
Straße:		Festnetz-Nr.:	
PLZ/Ort: :		Mobil-Nr.:	
Bevollmächtigte Person:		Email-Adresse:	
<b><u>Zugehörige:r 2:</u></b>		Beziehungsgrad zur angefragten Person:	
Straße:		Festnetz-Nr.:	
PLZ/Ort:		Mobil-Nr.:	
Bevollmächtigte Person:		Email-Adresse:	

<b>Hauptdiagnose/n:</b>			
<b>Aktuelle Probleme/Symptome:</b>			
<b>Lebenssituation/weitere Bemerkungen:</b>			
Infektionskrankheiten:    nein                      ja, welche:			
Zu- und Ableitungen:    Port        Dauerkatheter        Stoma        Sauerstoff        _____			
ambulanter Hospizdienst:		Tel.:	
SAPV-Team oder behandelnde(r) Ärztin/Arzt:		Tel.:	
Angefragt in den Hospizen nach Priorität:                      1. _____                      2. _____                      3. _____			