

ANFRAGE (<input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> per Fax) durch (Name, ggf. Institution)		Aufnahme am: um:
Tel. _____ am: _____	Patientenname: _____ Vorname: _____	übernehmender HA: _____
Geb.-Datum: _____	Fam.-Stand: <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> lebt alleine <input type="checkbox"/> rk	Zimmer-Nummer: _____
Krankenkasse: _____	Hausarzt (Tel./Fax) _____	Sozialdienst: _____
Anschrift /Tel. des Patienten: _____		
Angehörige (mit Tel.) _____		
Diagnose und Prognose: _____		
Aktuelle Situation:		<input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> Palliativstation UNI <input type="checkbox"/> Palliativstation MKM <input type="checkbox"/> KH -> <input type="checkbox"/> UniMainz <input type="checkbox"/> MKM <input type="checkbox"/>
Pat. ist mit Hospizaufnahme einverstanden <input type="checkbox"/>		
Grund des Aufnahmewunsches: <input type="checkbox"/> Überlastung der Angehörigen / <input type="checkbox"/> Wunsch des Patienten, im Hospiz zu sterben <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
amb. Hospiz zum Zeitpunkt der Anfrage bereits eingeschaltet <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein empfohlen <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein SAPV <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Sonstiger ambulanter Hospizdienst: <input type="checkbox"/> Ingelheim / <input type="checkbox"/> Rhein-Selz / <input type="checkbox"/> Leuchtturm GG / <input type="checkbox"/> Mainspitze GG / <input type="checkbox"/> sonst.		
Pflegegrad: ① ② ③ ④ ⑤ / Pflegegrad beantragt: <input type="checkbox"/> ja, am: _____ <input type="checkbox"/> nein		
Maßnahmen nach Erstgespräch: <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit amb. Hospiz <input type="checkbox"/> Anfragende Person / Einrichtung meldet sich selbst wieder		
Datum: _____		Erstgespräch durch: _____
Weiterer Verlauf (bitte mit Handzeichen und Datum):		
Dat.: _____	HZ	
Abschluss <input type="checkbox"/> Begleitung durch amb. Hospiz <input type="checkbox"/> Aufnahme in anderes Hospiz am <input type="checkbox"/> Aufnahme in Pflegeheim am <input type="checkbox"/> Aufnahme ins Krankenhaus am		<input type="checkbox"/> Patient verstorben am..... <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Bemerkungen: _____
Datum: _____		Unterschrift: _____