



ANFRAGE (<input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> per Fax) durch (Name, ggf. Institution)		Aufnahme am: um:
Tel. _____	am: _____	übernehmender HA:
Patientenname: _____	Vorname: _____	Zimmer-Nummer:
Geb.-Datum: _____	Fam.-Stand: <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> lebt alleine <input type="checkbox"/> rk	Sozialdienst:
Krankenkasse: _____	Hausarzt (Tel./Fax) _____	
Anschrift /Tel. des Patienten: _____		
Angehörige (mit Tel.) _____		
Diagnose und Prognose: _____		
Aktuelle Situation:	<input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> KH -> <input type="checkbox"/> UKM <input type="checkbox"/> MKM <input type="checkbox"/> <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 z. Zeitpunkt der Anfrage eingeschaltet <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein -----> empfohlen <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Mainz: <input type="checkbox"/> Agnes H. / <input type="checkbox"/> Annedore B-M / <input type="checkbox"/> Tanja S. / <input type="checkbox"/> Heidi M. / <input type="checkbox"/> Barbara P. / <input type="checkbox"/> Irmtraud S. / <input type="checkbox"/> Petra D. <input type="checkbox"/> Steffi M. / Yvette B. SAPV <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dr. sonstiges amb. Hospiz: _____		
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> keiner ① ② ③ ④ ⑤ / Pflegegrad beantragt: <input type="checkbox"/> ja, am: _____ <input type="checkbox"/> nein		
Besondere Hilfsmittel (Antidekubitusmatratze, Absauggerät, etc.) erforderlich: _____		
Maßnahmen nach Erstgespräch: <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit amb. Hospiz <input type="checkbox"/> Anfragende Person/Einrichtung meldet sich selbst wieder <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Datum: _____	Erstgespräch durch: _____	
Weiterer Verlauf (bitte mit Handzeichen und Datum):		
Dat.:	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	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: _____	