

Anmeldebogen zur Hospizaufnahme:

Anfrage/ Anmeldung Datum:	Aufnahmewunsch: <input type="checkbox"/> Möglichst bald <input type="checkbox"/> ab: _____							
Name								
Vorname								
Straße, Hausnr.								
PLZ, Ort								
Telefon								
Geburtsdatum								
Religion								
Krankenkasse:								
Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3					<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrade (ab 2017):	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/> nein
Beantragt am:								
Erkrankung/ Diagnose:								
Prognose:								
Symptome:	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Atemnot				
<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleuraerguß	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Obstipation				
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Krampfneigung	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Dekubitus				
<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Lymphödem	<input type="checkbox"/> Fisteln	<input type="checkbox"/> Exulz. Tumor				
<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Panikattacken	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> sonstige				
Medikamente:								
Schmerztherapie:	<input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein				
Welche:								
i.v. Med./ Inf.?								
Schmerzpumpe?								
Ausreichend?								
Venöse Zugänge:	<input type="checkbox"/> Port		<input type="checkbox"/> Braunüle		<input type="checkbox"/>			
Ableitungen:	<input type="checkbox"/> DK		<input type="checkbox"/> Cystofix		<input type="checkbox"/> Magensonde			
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Tracheostoma		<input type="checkbox"/> Urostoma		<input type="checkbox"/> Ileostoma			
Kommunikation:	Verbal:		<input type="checkbox"/> Möglich		<input type="checkbox"/> Schwierig			
	Nonverbal:		<input type="checkbox"/> Möglich		<input type="checkbox"/> Schwierig			
Orientierung:	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Teilweise		<input type="checkbox"/> Nein			
Örtlich	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Zeitlich	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Zur Person	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Situativ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

erstellt	genehmigt	Datum	Gültig bis
M. Alfia	G. Kolb	18.01.2017	-

Körperliche Verfassung:			
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
Nächtlicher Hilfebedarf:			
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Der Patient leidet nicht an einer ansteckenden TBC- Erkrankung <input type="checkbox"/>			
Derzeitiger Aufenthalt:	<input type="checkbox"/> Zu Hause	<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Palliativstation	<input type="checkbox"/> Reha	<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Sonstige
Ansprechpartner, Tel:			
Hausarzt:			
Betr. Hospizarzt/ SAPV-Arzt:			
Gesetzl. Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Name, Tel.			
Angehörige/ Ansprechpartner, Tel:			
Lebt alleine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Mit Angehörige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Soziales Umfeld:			
Ambulante Hilfen	<input type="checkbox"/> Brückenpflege	<input type="checkbox"/> SAPV	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
	<input type="checkbox"/> Amb. Hospizdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Umfang ist der/die Patient/in über seine/ihre Erkrankung/ Prognose informiert?			
Ist der/die Patient/in mit der Aufnahme in ein Hospiz einverstanden?			
Sind die Angehörigen informiert und einverstanden?			
Anmeldung von:			
Name, Vorname:			
Adresse:			
Tel:			
Krankenhaus:			
Station:			
Arzt/ Ärztin:			
Datum: _____			
Stempel/ Unterschrift (zwingend erforderlich!): _____			

erstellt	genehmigt	Datum	Gültig bis
M. Alfia	G. Kolb	18.01.2017	-