

Eugenie Michels Hospiz
Bad Kreuznach
Tel.: 0671/ 605 3150
Fax: 0671/ 605 3155

Aenne Wimmers Hospiz
Simmern
Tel.: 06761/ 811 330
Fax: 06761/ 811 356

Anmeldebogen

Anmeldung durch: Tel.:

Name: Vorname:

Geb.Name:

Adresse:

Geb.Datum: Geb.Ort: Konfession:

Diagnosen:

Kranken-/ Pflegeversicherung:

Versicherungsnummer: Pflegegrad beantragt: ja nein

zuzahlungsbefreit: ja nein

Hausarzt: Tel.:

- | | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mobil | <input type="checkbox"/> Wunden | <input type="checkbox"/> Tracheostoma |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> O2 Gabe | <input type="checkbox"/> BDK/SPDK |
| <input type="checkbox"/> wach | <input type="checkbox"/> Port / ZVK | <input type="checkbox"/> Drainage |
| <input type="checkbox"/> somnolent | <input type="checkbox"/> Größe: cm | <input type="checkbox"/> AP |
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> Gewicht: kg | <input type="checkbox"/> Magensonde |
| <input type="checkbox"/> essen / trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung |

Probleme/ Beschwerden/ Grund der Hospizanmeldung:

- | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Dyspnoe | <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Angehörige überlastet | <input type="checkbox"/> Versorgung unzureichend | <input type="checkbox"/> Patient möchte im Hospiz sterben |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Schmerztherapie mit:

Aufenthalt z.Zt.:

Ansprechpartner: Tel.:

Angehörige: Tel.:

möchten über freien Platz informiert werden melden sich

geplante Aufnahme:

Datum/ Unterschrift/ Stempel:

Hospiz: X, erstellt: QZ Hospiz, freigegeben: Referatstf. Pflege &