

## Anfragebogen zur Aufnahme im Hospiz Schwester Paterna

|   |                     |                               |                               |
|---|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Kontaktaufnahme</b>  |                     | Datum:                        |                               |
| Anfragende Person:  |                     |                               |                               |
| Ansprechpartner für Rückmeldungen:  |                     | Tel.:                         |                               |
| Derzeitiger Aufenthaltsort des Patienten:   |                     |                               |                               |
| <b>Patientendaten</b>   |                     |                               |                               |
| Name:   |                     | Vorname:                      |                               |
| Straße:   |                     | geb. am:                      |                               |
| PLZ:  | Ort:                |                               |                               |
| Telefonnummer Festnetz:   |                     | Mobil:                        |                               |
| Betreuer /Bevollmächtigter:   |                     | Tel.:                         |                               |
| Angehörige:   |                     | Tel.:                         |                               |
| Lebenssituation:  |                     |                               |                               |
| Krankenkasse:   | Versichertenstatus: | GKV: <input type="checkbox"/> | PKV: <input type="checkbox"/> |
| Klärung Kostenübernahme PKV durch:  |                     |                               |                               |
| <b>Beteiligte Dienste</b>   |                     |                               |                               |
| Hausarzt/Facharzt:  |                     | Tel.:                         |                               |
| Pflegedienst:   |                     | Tel.:                         |                               |
| SAPV-Team:  |                     | Tel.:                         |                               |
| <b>Krankheitsgeschichte</b>   |                     |                               |                               |
| Hauptdiagnose:  |                     |                               |                               |
| Infektionskrankheiten: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:   |                     |                               |                               |
| Stand der Therapie: <input type="checkbox"/> keine weiteren kurativen Maßnahmen gewünscht<br><input type="checkbox"/> weitere Therapien/ Maßnahmen gewünscht: |                     |                               |                               |

Bitte faxen an: 06204 6076 20