



Wunschanmeldung

Gerne geben wir Ihnen weitere Informationen und beantworten Ihre individuellen Fragen in einem persönlichen Gespräch.

Bitte erteilen Sie uns hier einige Auskünfte fürs erste Kennenlernen.

Wichtig für unserer Einschätzung ist vor allem eine genaue Schilderung der medizinischen Situation des Patienten!

Geschlecht männlich weiblich

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Wohnverhältnisse Häusliches Umfeld Pflegeheim

Hospiz Klinik

Patient wohnt im... Erdgeschoss 1. Stock

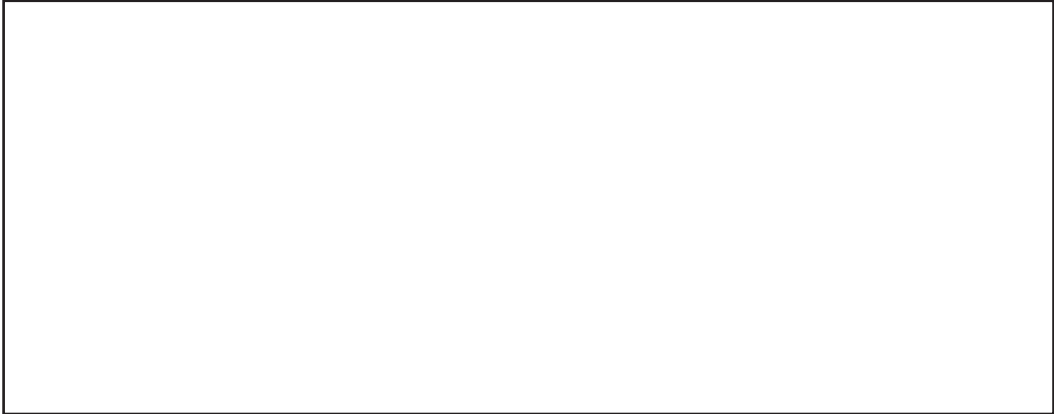
2. Stock 3. Stock

Aufzug vorhanden ja nein

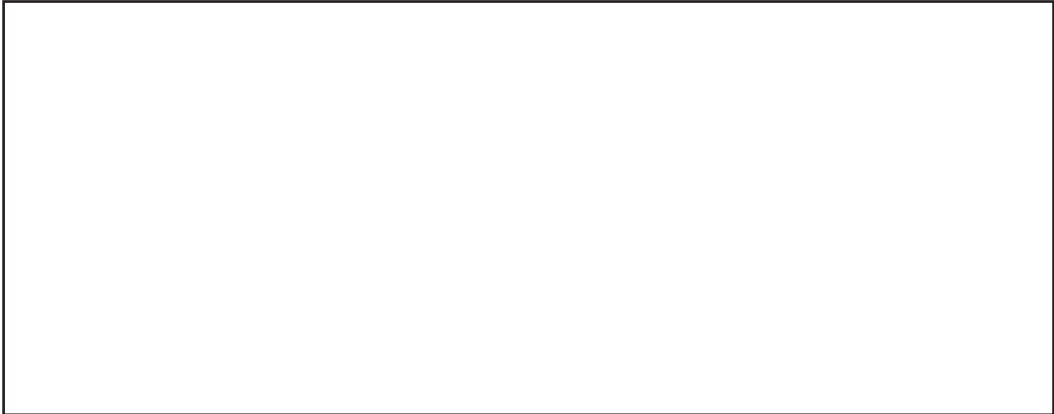
Kurzbeschreibung
Wunsch

(was wird gewünscht,
zeitlicher Rahmen?)

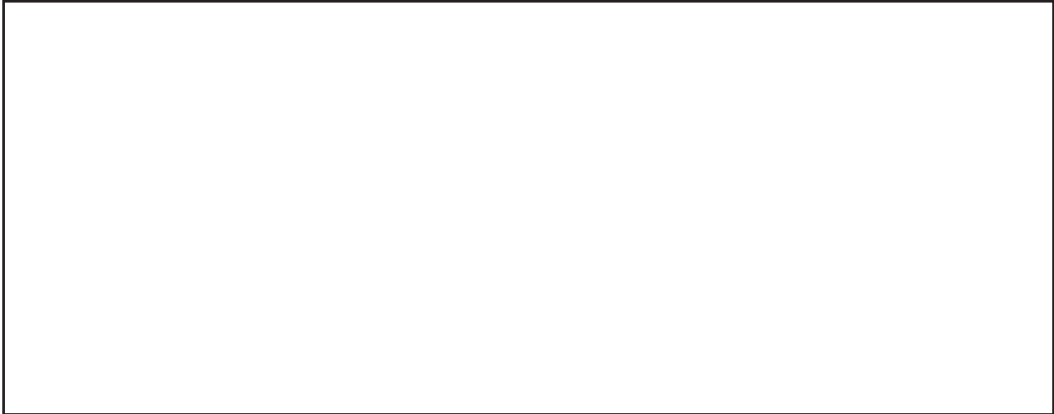
Medizinische
Situation



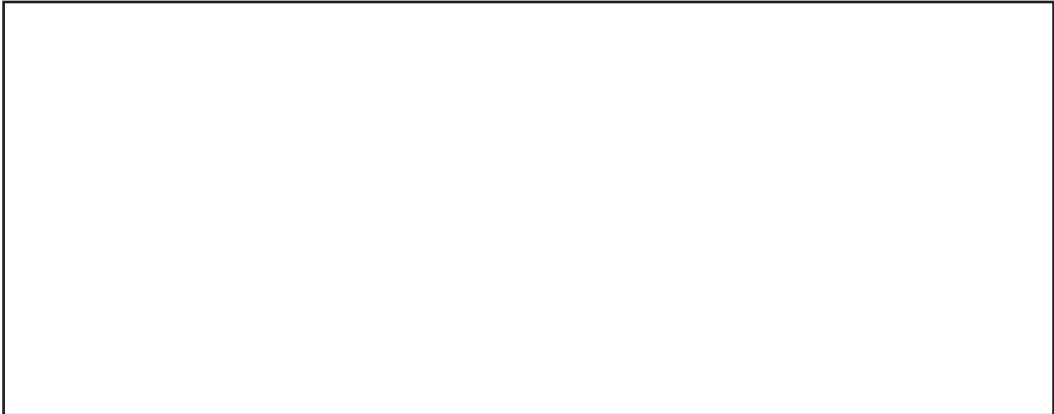
Palliative
Grunddiagnose



Weitere relevante
Diagnosen



Patientenversor-
gung
(Sondennahrung,
Stoma, Sauerstoff...)



Wie mobil ist der Patient?

kann gehen

kann gehen mit Hilfe

sitzt im Rollstuhl

liegt im Bett

Transfer möglich?

selbstständig

nur mit Hilfe

Name Antragsteller

Email Antragsteller

Telefonnummer
und zeitliche
Erreichbarkeit
Antragsteller

Name
behandelnder Arzt

Anschrift
Arztpraxis

Bitte laden Sie das Dokument „Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht“ herunter und lassen es schnellstmöglich vom Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter unterschreiben!

Liegt eine Patientenverfügung vor?

ja

nein

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?

ja

nein

Gibt es eine gesetzliche Betreuung?

ja

nein

wenn gesetzliche Betreuung:
Name, Anschrift und
Telefonnummer
des Betreuers

Wie sind Sie auf unser Angebot aufmerksam geworden?