



# 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

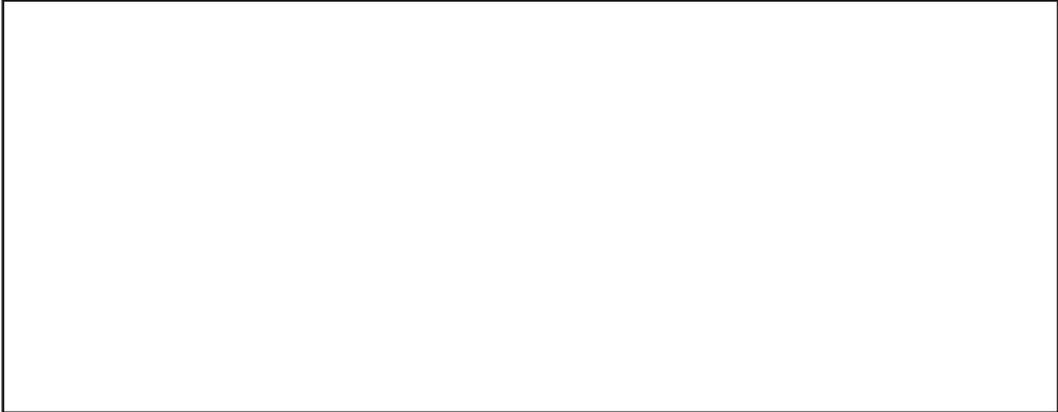
2. Stock  3. Stock

Aufzug vorhanden  ja  nein

Kurzbeschreibung  
Wunsch

(was wird gewünscht,  
zeitlicher Rahmen?)

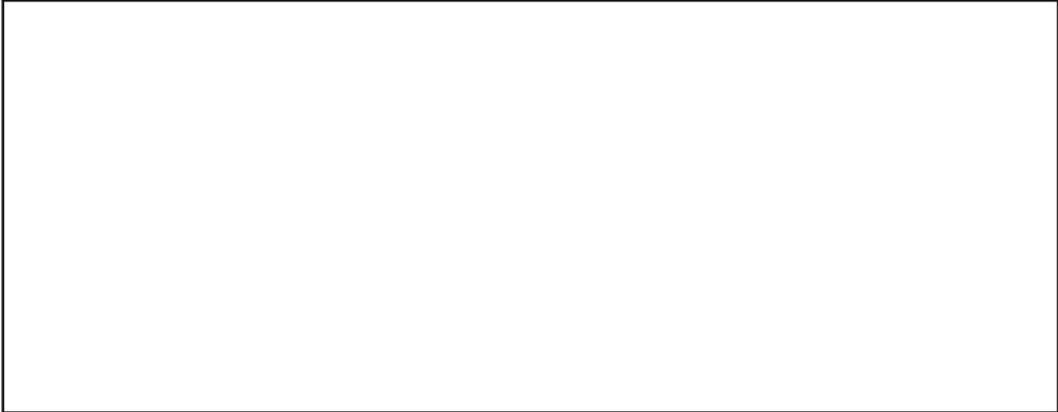
Medizinische  
Situation



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?