



Aufnahmebogen für das Tages-Hospiz zwischen Elbe und Weser

Datum: _____ Datum der Aufnahme: _____

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Meldeadresse: _____

Tel.-Nummer: _____ Patientenverfügung vorhanden? _____

Krankenkasse: _____ Tel.-Nummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Angehörige: _____ Tel.-Nummer: _____

Diagnose: _____

Symptome: _____

Pflegegrad vorhanden: _____ Grad: _____ Evtl. beantragt und wann: _____

Benötigte Hilfsmittel: _____

Jetziger Aufenthaltsort: _____ Tel.-Nummer: _____

Zuständiger Ansprechpartner: _____

Hausarzt: _____ Tel.-Nummer: _____

Patient aufgeklärt? _____ Patient über Prognose aufgeklärt? _____

Weitere Versorgung: _____

Bisherige palliative Versorgung: _____

Wunsch ins Hospiz zu ziehen? _____ Hospizantrag gestellt? _____

Weitere Informationen: _____

Ihr Kontakt zu uns: Sabine Eckstein
Tel.: 0 47 61/ 92 611-24
Fax: 0 47 61/ 92 611-99