



Datum: _____ Geb.-Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Adresse/ Telefon:		
Anmeldung durch/ Telefon:		
derzeitiger Aufenthalt/ Telefon:		
Diagnose/ Pflegesituation:		
Hausarzt/ Sozialstation/ Telefon:		
Krankenkasse:	Pflegegrad:	Beihilfeberechtigt: ☐ Ja ☐ Nein
Krankenkassen Kenn.Nr./ Versicherten Nr.:		
Angehörige/ Telefon:		
Vorsorgevollmacht/Betreuung:	☐ Ja ☐ Nein	eingescannt ☐
Gesundheitskarte	☐ Ja ☐ Nein	☐
Personalausweis	☐ Ja ☐ Nein	☐
Zuzahlungsbefreiung	☐ Ja ☐ Nein	☐
Patientenverfügung	☐ Ja ☐ Nein	☐
Ärztliche Bescheinigung an Kasse gefaxt	☐ Ja ☐ Nein	
SAPV Verordnung	☐ Ja ☐ Nein	



Transportschein (bei Aufnahme von zu Hause) ☐ Ja ☐ Nein	
Allgemeinzustand: Mobilität: Kommunikation: Umgang mit der Situation bzw. psychische Verfassung? Ernährungssituation: Port/PEG/Drainagen/ DK: Wichtige aktuelle <u>Symptome</u>: Welche <u>Hilfsmittel</u> werden vermutlich gebraucht? Welche sind bereits vorhanden? Gibt es Infusionen oder Perfusoren? Medikamente (auch Verbandmaterial, Beutel) die mitgebracht werden	
Ang. sind über Aufnahme informiert und kommen wann ins Hospiz? Medikamente und Hilfsmittel von zuhause mitbringen!	
Organisatorisches: Transport bestellt für wann? Alter Arztbericht vorhanden? Ggfs. Kopieren und Vorab faxen	
Allergien: Bemerkungen: Babyphone:	

Erstgespräch geführt am: _____

von: _____