

Anfrage zur Hospizaufnahme

Hospiz Burgwedel gGmbH Version01 12/2023



Datum: _____

Angenommen von (Hospiz MA): _____

Wer fragt an? (Name/Telefonnummer/Adresse) telefonisch persönlich vor Ort per E-mail Fax

Persönliche Daten des Hospizgastes weiblich männlich divers

Name/Vorname: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Aufenthalt derzeit: zu Hause bei Angehörigen Heim Krankenhaus/Station:

Pflegegrad 1 2 3 4 5 beantragt am: _____ Höherstufung beantragt am: _____
 noch nicht beantragt

Krankenkasse: privat Beihilfe
Zuzahlungsbefreiung ja nein

Betreuung amtliche/r Betreuer/in (Name/ggf. Anschrift/Tel.)

Angehörige/Zugehörige
Name: _____ Tel. _____ mobil: _____

Angehörige/Zugehörige
Name: _____ Tel. _____ mobil: _____

Hausarzt/-ärztin (Name/ggf. Anschrift/Tel.)

Facharzt/-ärztin (Name/ggf. Anschrift/Tel.)

Hausarzt/Facharzt übernimmt weitere Behandlung Palliativmediziner/in des Hospizes gewünscht

Pflegedienst _____ Weitere tätige Dienste (Name/Tel.) _____

Medizinische Diagnose/n

Derzeitige Behandlung/Situation/aktuelle Symptome, Beschwerden

Besonderheiten: Port ZVK ORSA/MRSA Tracheostoma Sauerstoffgerät Anus praeter PEG
 Nierenfistel/Nephrostoma Herzschrittmacher

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt (evtl. Besuchstermin oder Hospizbesichtigung vereinbaren)

aktuell/schnellstmöglich Anfragende/r melden sich, wenn Aufnahme gewünscht

Verlaufsnotizen (z.B. weitere Informationen, Telefongespräche, Besuchstermin/Hospizbesichtigung)

(Weitere Verlaufsnotizen: Bitte Rückseite nutzen)

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter des Hospizes im Rahmen der Hospizanfrage von der Schweigepflicht, damit bei Notwendigkeit Kontakt und ein informeller Austausch mit weiteren Behandlern, z.B. Hausarzt, Krankenhaus, Pflegedienst u.ä. aufgenommen werden kann. Der Datenschutz wird eingehalten.