

Anfragebogen zur Aufnahme im Hochstift Hospiz Worms



1. Anfragende Person/Einrichtung:		Datum:
Ansprechpartner*in für Rückmeldungen bzw. bei Aufnahme ins Hospiz:		Tel.:
Derzeitiger Aufenthaltsort des/der Patient*in:		
Anfragestatus <input type="checkbox"/> a.) Voranfrage <input type="checkbox"/> b.) Anfrage <input type="checkbox"/> c.) dringend		

2. Patientendaten: Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Corona: vollständig geimpft oder genesen <input type="checkbox"/>		
Name:		Vorname:
Geburtsdatum:		Familienstand:
Straße		Konfession
PLZ:	Ort:	Tel.:
Krankenkasse:	Beihilfe <input type="checkbox"/> mit %; Personal-Nr.:	
Versicherten-Nr.:	Beihilfestelle: Zuzahlungsbefreit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Pflegegrad: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> beantragt: <input type="checkbox"/> ja, am: <input type="checkbox"/> nein		
Lebenssituation:		
<u>Zugehörige*r 1:</u>		Beziehung zur angefragten Person:
Straße:		Festnetz-Nr.:
PLZ/Ort:		Mobil-Nr.:
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> gesetzl. Betr.: <input type="checkbox"/>		E-Mail-Adresse:
Finanzielle Angelegenheiten <input type="checkbox"/>		
<u>Zugehörige*r 2:</u>		Beziehung zur angefragten Person:
Straße:		Festnetz-Nr.:
PLZ/Ort:		Mobil-Nr.:
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> gesetzl. Betr.: <input type="checkbox"/>		E-Mail-Adresse:
Finanzielle Angelegenheiten <input type="checkbox"/>		

3 Hauptdiagnose & aktuelle Probleme/Symptome:	
<hr/> <hr/>	
Sonstiges/ weitere Bemerkungen:	
Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	
4 SAPV-Team:	Tel.:
Hausarzt/Facharzt:	Tel.:
Pflegedienst/amb. Hospizdienst:	Tel.:
Anfrage in anderen Hospizen erfolgt? 1. _____ 2. _____ 3. _____	