



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

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

A large, empty rectangular box with a black border, intended for writing the medical situation.

Palliative
Grunddiagnose

A large, empty rectangular box with a black border, intended for writing the palliative basic diagnosis.

Weitere relevante
Diagnosen

A large, empty rectangular box with a black border, intended for writing further relevant diagnoses.

Patientenversor-
gung
(Sondennahrung, Sto-
ma, Sauerstoff...)

A large, empty rectangular box with a black border, intended for writing patient care details such as tube feeding, stoma, and oxygen.

Wie mobil ist der Patient?

Kann gehen

Kann gehen mit Gehhilfe

Sitzt im Rollstuhl

Liegt im Bett

Transfer möglich?

selbständig

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 auf-
merksam gewor-
den?