



Anfrage von (Name): _____ **Tel.:** _____ **Fax:** _____

Datum der Anfrage: _____ Kontakt per: Fax telefonisch E-Mail persönlich vor Ort

Anfrage an:

Hospiz: Luise Misburg Uhlhorn Celle Bad Pyrmont Bad Münder SZ BS WOB

Palliativstation: Friederikenstift MHH Siloah Agnes Karl KH St. Bernward KH HI Klinikum HI

Palliativdienst: APHD-Diakonie Friederikenstift Luise Celle Stadthagen Hildesheim

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____
 Geschlecht: weiblich männlich

Adresse: _____ Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5
 Postleitzahl: _____ Ort: _____ noch nicht beantragt wird noch beantragt bereits beantragt
 Stadtteil: _____ Krankenkasse: _____
 Telefon: _____ Beihilfe: _____
 Derzeit: zu Hause mit Angehörigen lebt (sonst) allein Betreuung: amtliche Betreuung Patientenverfügung/Vollmacht
 bei Angehörigen im Heim im KH/Station: Wer: _____
 Schweigepflichtentbindung: eingeholt mündlich
 schriftlich/liegt vor
 Tel./zuständig: _____ Wer weiß von dieser Anfrage?: PatientIn Zugehörige

Zugehörige:
 Tel.: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Zugehörige:
 Tel.: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Hausärztin/-arzt: _____ Tel.: _____
 Fax: _____

Fachärztin/-arzt: _____ Tel.: _____
 Fax: _____

Pflegedienst: _____ Tel.: _____
 Fax: _____

bereits tätige Dienste: _____ Tel.: _____
 Fax: _____

med. **Diagnose (fortgeschrittene + voranschreitende Krankheit?):**

 Situation/Verlauf/aktuelle Beschwerden:

Besonderheiten: ORSA... PEG Port ZVK Tracheost. Anus Praet. O2-pflicht. Schrittm. Defi.

Vereinbarung bzw. Stand der Anfrage/ wie geht's weiter?!:
 Anfrage aktuell: bitte bei _____ melden, falls Bett frei bzw. wenn Begleitung starten kann
 Anfrage noch nicht akut: Anfragende/Zugehörige melden sich über weiteren Verlauf.
 Eingang am: _____ angenommen von (Name): _____ evtl. weitergeleitet an: _____

Für weitere Notizen:
