

Bitte Anfragebogen leserlich und vollständig ausfüllen.

<input type="checkbox"/>	Anfrage von (Name):	Tel.:	Fax:
Datum der Anfrage:		Kontakt per: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> persönlich vor Ort	
Anfrage an:			
Hospiz: <input type="checkbox"/> Luise <input type="checkbox"/> Misburg <input type="checkbox"/> Uhlhorn <input type="checkbox"/> Celle <input type="checkbox"/> Bad Pyrmont <input type="checkbox"/> Bad Münder <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> WOB <input type="checkbox"/>			
Palliativstation: <input type="checkbox"/> Friederikenstift <input type="checkbox"/> MHH <input type="checkbox"/> Siloah <input type="checkbox"/> Agnes Karl KH <input type="checkbox"/> St. Bernward KH HI <input type="checkbox"/> Klinikum HI			
Palliativdienst: <input type="checkbox"/> DIAKOVERE <input type="checkbox"/> Luise <input type="checkbox"/> Celle <input type="checkbox"/> Stadthagen <input type="checkbox"/> Hildesheim <input type="checkbox"/>			
Name:		Vorname:	Geburtstag:
			Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> div
Adresse:		Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Postleitzahl: Ort:		<input type="checkbox"/> noch nicht beantragt <input type="checkbox"/> wird noch beantragt <input type="checkbox"/> bereits beantragt	
Stadtteil:		Krankenkasse:	
Telefon:		<input type="checkbox"/> Beihilfe:	
Derzeit: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> lebt (sonst) allein		Betreuung: <input type="checkbox"/> amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung/Vollmacht	
<input type="checkbox"/> bei Angehörigen <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> im KH/Station:		Wer: Schweigepflichtentbindung: <input type="checkbox"/> eingeholt <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich/liegt vor	
Tel./zuständig:		Wer weiß von dieser Anfrage?: <input type="checkbox"/> PatientIn <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ORSA... <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Tracheost. <input type="checkbox"/> Anus Praet. <input type="checkbox"/> O2-pflicht. <input type="checkbox"/> Schrittm. <input type="checkbox"/> Defi.			
Vereinbarung bzw. Stand der Anfrage/ wie geht's weiter?!			
<input type="checkbox"/> Anfrage aktuell: bitte bei _____ melden, <input type="checkbox"/> falls Bett frei bzw. <input type="checkbox"/> wenn Begleitung starten kann			
<input type="checkbox"/> Anfrage noch nicht akut: Anfragende/Zugehörige melden sich über weiteren Verlauf.			
Eingang am:		angenommen von (Name):	
		evtl. weitergeleitet an:	
Für weitere Notizen:			