

Anfrage an: _____ am: _____

Bitte in jedem Fall auch kurze telefonische Rücksprache!

Anfrage/Anmeldung durch:		Telefon:
Geplante Entlassung:		Assessment/geplante Aufnahme:
Hinweis:		
Name, Vorname:		Geb. am:
Straße, Haus-Nr., Etage:		PLZ:
Ort:		
Aufenthaltsort:		Grundsicherung:
Festnetz:		Mobil:
Geschlecht:	Fam.-Stand:	Schlüssel: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:		Vers.-Nr.:
Beihilfeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Pflegegrad: Höherstufung beantragt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Bezugsperson(en) / ggf. rechtlicher Betreuer	Verhältnis z. Patient	Telefon
1. Name:		
2. Name:		

Ansprechpartner	Name	Telefon
Hausarzt		
Onkologe/Facharzt		
Pflegedienst/Pflegeheim		
Krankenhaus (Station/Arzt)		
Physiotherapie		
Apotheke/Sanitätshaus		
Ehrenamtliche(r)		
Spiritualität/Konfession/Gemeinde		

Rücksprache mit HA ist erfolgt durch:

<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> SAPVV M63	<input type="checkbox"/> Hospiznotw.	<input type="checkbox"/> Arztbrief
--	---	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Diagnosen:

Symptome:

Isolationspflichtige Erreger: nein ja, welche:

Covid: geimpft genesen getestet Datum:

	Pflegebedarf			
<input type="checkbox"/> Portanlage	mobil: alleine/ mit bettlägerig			
<input type="checkbox"/> AP-Anlage	gehfähig Hilfe			
<input type="checkbox"/> BVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Urostoma	Körperpflege: selbst mit durch			
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	Unterstütz. Pflege			
<input type="checkbox"/> Pleuradrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Med. Pumpe	Essen/Trinken: selbst mit durch			
<input type="checkbox"/> Wundversorgung	Unterstütz. Pflege			
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Kommunikation eingeschränkt, d.h.:			
<input type="checkbox"/>				

Kontakte:

- PCT: Tel: 0211-5989590 Fax: 59895977
- SAPV Uni: Tel: 0211-8108703 Fax: 8108783
- Pall.-St. EVK: Tel: 0211-9193830 Fax: 9193897
- Pall.-St. FNK: Tel: 0211-4092205 Fax: 4092293
- Pall.-St. MaHo: Tel: 0211-44002501 Fax:44002191
- Pall.-St. UKD: Tel: 0211-8108700 Fax: 8108699
- Hospiz EVK: Tel: 0211-9194900 Fax: 9193903
- Hospiz Garath: Tel: 0211-16022990 Fax:160229960

Bitte zur Aufnahme mitbringen: Personalausweis, Krankenversichertenkarte, Unterlagen/Papiere (wie oben aufgeführt), Medikamente, Verbands-, Stoma-, Inkontinenzmaterial (wenn benötigt)