

Anfragebogen



Stationäre Hospizaufnahme in Polling



Ambulante Begleitung



Hospizverein
im Pfaffenwinkel e.V.
für einander da sein

info@hospizverein-pfaffenwinkel.de

Tel: 0881/ 925849-0

Fax: 0881/ 925849-20

Kontakt Daten der anfragenden Stelle

Name: _____

Einrichtung: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Patient*innendaten und -informationen

Name: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Familienstand: _____

Krankenkasse: _____ Ver. Nummer: _____

Beihilfestelle: _____ Beihilfe Nummer: _____

Pflegegrad: _____ ☐ Keine Einstufung ☐ Einstufung beantragt

Aktueller Aufenthaltsort: _____ ggf. Zimmernummer: _____

Diagnosen/ Besonderheiten: _____

Ist-Zustand: _____

Keime/ MRSA/ ESBL etc.: ☐ Nein ☐ Ja

SAPV-Betreuung: ☐ Nein ☐ Ja Team _____

Hausarzt: _____

Patientenverfügung: ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Gesetzl. Betreuung ☐

Kontakt Angehörige/ Bevollmächtigte/ gesetzl. Vertreter

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

☐ Ehepartner*in ☐ Lebensgefährte*in ☐ Sohn/ Tochter ☐ gesetzl. Betreuer*in ☐ Sonstiges

Eingegangen im Hospiz am _____ aufgenommen durch _____
ggf. Papiere verschickt am _____

Nur bei Aufnahme im stationären Hospiz



Stationäre Hospizaufnahme in Polling

info@hospizverein-pfaffenwinkel.de

Tel: 0881/ 925849-0

Fax: 0881/ 925849-20

Zuzahlungsbefreiung: ☐ Ja ☐ Nein

Gewicht: ☐ größer als 100 kg Größe: ☐ größer als 190 cm

☐ Sauerstoffkonzentrator ☐ Flüssigsauerstoff ☐ eigenes Gerät vorhanden

☐ DK/Stoma/Drainage _____ Versorger: _____

☐ Wundversorger _____