

## Interessentenbogen Hospizaufnahme per Fax an 069-29987960

<b>Angaben Hospiz</b>	Datum	Uhrzeit	Name	Gesehen
<b>Patient/in: Name, Vorname</b>			Anrufer/in: Name, Vorname (wenn nicht KH)	
<b>Straße, Hausnummer</b>				
<b>PLZ, Ort</b>				
<b>Geburtsdatum</b>			Anrufer/in: TelNr., E-Mail	
<b>Krankenkasse</b>				
			Antrag Hospiz    laufend <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/>	
<b>Pflegestufe</b>	Ja 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nein Beantragt <input type="checkbox"/> auf Notwendigkeit hingewiesen <input type="checkbox"/>		
<b>Erkrankungen</b>	Tumor <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems (MS) <input type="checkbox"/> Chronische Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Chronische Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Chronische Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Chronische Magen-/Darmerkrankung <input type="checkbox"/>	Tumorart  <b>Aufnahmegrund</b> Pflege ambulant nicht möglich <input type="checkbox"/> Entlassung aus Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>		
<b>Derzeitige Unterbringung</b>	zu Hause/ambulant <input type="checkbox"/>	Hausarzt: Name, Vorname, Adresse, TelefonNr.		
	Krankenhaus/Palliativstation <input type="checkbox"/>	Krankenhausname, behandelnder Arzt, Name, Vorname, Adresse, TelefonNr.		
	Sonstige (z. B. Reha, Pflegeheim usw.) <input type="checkbox"/>	Kontaktdaten, TelefonNr.		
<b>gesetzliche Betreuung</b>	ja <input type="checkbox"/>	Angehöriger/Betreuer/in		
	nein <input type="checkbox"/>	Name, Vorname, Adresse, TelefonNr.		
<b>Zimmer benötigt ab</b>			Raucher    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	