Anfragebogen Tageshospiz Hospizstiftung Rems-Murr. e. V. Datum:

Anfragende Person/Einrichtung: Ansprechpartner/-in: Tel.Nr.:
Aufenthaltsort: Zuhause ☐ Krankenhaus/Station: ☐ Mit SAPV ☐ Lebt allein ☐ Mit Angehörigen ☐

Patient/-innendaten

Name, Vorname, Titel: PLZ/Wohnort:	Geb.: Telefon: Konfession:
Ansprechpartner/-in 1: Adresse/Tel.Nr. Beziehung zum Pat.:	Ansprechpartner/-in 2: Adresse/Tel.Nr.: Beziehung zum Pat.:
Vollmacht vorhanden: Ja ☐ Nein ☐ Falls ja, wer?	
Gesetzliche Betreuung: Ja ☐ Nein ☐ Falls ja, wer?	
Patientenverfügung vorhanden: Ja ☐ Nein ☐	
Krankenkasse: Versichertennummer: Zuzahlungsbefreit: Ja ☐ bis: Nein ☐	Beihilfe mit _____% Pflegegrad vorhanden: Ja ☐ Grad_____ Nein ☐ Beantragt ☐ wann:_____
Hausarzt/-ärztin:	Facharzt/-ärztin:

Dienste benennen:

Pflegedienst: ☐ Ja ☐ Nein Ambulanter Hospizdienst: ☐ Ja ☐ Nein Home Care-Dienst: ☐ Ja ☐ Nein

Diagnosen: _____ _____	
Akt. Symptome: ☐ Schmerzen ☐ Luftnot ☐ Übelkeit/Erbrechen ☐ Obstipation ☐	**Zu-/Ableitungen:** ☐ Port ☐ PEG ☐ DK/SPK ☐ Aszites-/Pleurixdrainage ☐ Sauerstoff ☐ Sonstige:
Infektionskrankheiten: Ja ☐ Nein ☐ Falls ja, welche?	

Medikamentenplan vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein	Arztbrief vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein
Notwendigkeitsbescheinigung vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein	
Transportschein nötig: ☐ Ja ☐ Nein	