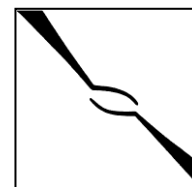


Anmeldung für das stationäre Hospiz der Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e.V.



Stationäres Hospiz
Tel: 07191 92 797 40
Fax: 07191 92 797 49

Anfrage durch: Datum der Meldung:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Familienstand Geburtsname Geburtsort Konfession

Strasse und Ort:

Krankenkasse: Hausarzt:

Angehörige/Ansprechpartner:

Adresse:

Telefonnr.:

Beziehung zum Pat.:

Betreuung/Vollmacht hat

Telefonisch erreichbar unter:

Der Patient befindet sich zur Zeit zu Hause
 mit SAPV
 im Krankenhaus: Station:
Tel. Station:
Stationsarzt/ Ärztin:
Sozialdienst:
 Pflegeheim:
- KZP
- vollstationär

Rezeptbefreiung ja befristet bis nein

Patientenverfügung ja nein

Der Patient hat bereits Pflegegrad 1 2 3 4 5

Eilantrag auf Pflegegrad ist gestellt / wird gestellt am

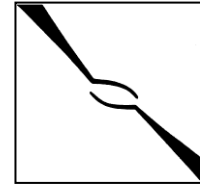
Diagnose des Patienten

Der Patient ist über seine Situation aufgeklärt ja nein

Der Patient wünscht Unterbringung im Hospiz ja noch nicht

Erstbesuch am

durch



Zustand des Patienten beim Erstbesuch :

- Selbständig
- Teilweise hilfsbedürftig
- Vorwiegend bettlägerig
- Moribund

Psychische Auffälligkeiten

.....

Schlafsituation.....

.....

Symptome des Patienten

Schmerzen

.....

- Übelkeit / Erbrechen
- Obstipation
- Körperliche Schwäche
- Kachexie
- Angst
- Unruhe
- Atemnot
- Ödeme / Aszites
- Husten
- Schluckstörung

Sonstiges

Ernährungssonde / PEG

Port

Schmerzpumpe

Ernährung allgemein

DK

Sonstiges

Sauerstoffgerät

Weichlagerungsmatratze (Topper)

Größe

Gewicht

Medikamente:

.....

.....

.....