

Bitte Anfragebogen leserlich und vollständig ausfüllen.

<input type="checkbox"/>	Anfrage von (Name):	Datum der Anfrage:
Anfrage an: Hospiz: <input type="checkbox"/> Luise <input type="checkbox"/> Misburg <input type="checkbox"/> Uhlhorn <input type="checkbox"/> Celle <input type="checkbox"/> Bad Pyrmont <input type="checkbox"/> Bad Münder <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> WOB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barsinghausen <input type="checkbox"/> Fuhrberg Palliativstation: <input type="checkbox"/> Friederikenstift <input type="checkbox"/> MHH <input type="checkbox"/> Siloah <input type="checkbox"/> Agnes Karl KH <input type="checkbox"/> St. Bernward KH HI <input type="checkbox"/> Klinikum HI Palliativdienst: <input type="checkbox"/> DIAKOVERE <input type="checkbox"/> Luise <input type="checkbox"/> Celle <input type="checkbox"/> Stadthagen <input type="checkbox"/> Hildesheim _____		
Name:		Vorname:
		Geburtstag:
		Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> div
Adresse:		Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Postleitzahl: Ort:		<input type="checkbox"/> noch nicht beantragt <input type="checkbox"/> wird noch beantragt <input type="checkbox"/> bereits beantragt
Stadtteil:		Krankenkasse:
Telefon:		<input type="checkbox"/> Beihilfe:
Derzeit: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> lebt (sonst) allein		Betreuung: <input type="checkbox"/> amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung/Vollmacht
<input type="checkbox"/> bei Angehörigen <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> im KH/Station:		Wer: Schweigepflichtentbindung: <input type="checkbox"/> eingeholt <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich/liegt vor
Tel./zuständig:		Wer weiß von dieser Anfrage?: <input type="checkbox"/> PatientIn <input type="checkbox"/> Zugehörige
Zugehörige:		
Tel.:	Handy:	E-Mail:
Zugehörige:		
Tel.:	Handy:	E-Mail:
Hausärztin/-arzt:		Tel.:
		Fax:
Fachärztin/-arzt:		Tel.:
		Fax:
Pflegedienst:		Tel.:
		Fax:
bereits tätige Dienste:		Tel.:
		Fax:
med. Diagnose (fortgeschrittene + voranschreitende Krankheit?):		
Situation/Verlauf/aktuelle Beschwerden:		
Besonderheiten: <input type="checkbox"/> ORSA... <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Tracheost. <input type="checkbox"/> Anus Praet. <input type="checkbox"/> O2-pflicht. <input type="checkbox"/> Schrittm. <input type="checkbox"/> Defi.		
Vereinbarung bzw. Stand der Anfrage/ wie geht´s weiter? (wird von PDL ausgefüllt)		
<input type="checkbox"/> Anfrage aktuell: bitte bei _____ melden, <input type="checkbox"/> falls Bett frei bzw. <input type="checkbox"/> wenn Begleitung starten kann		
<input type="checkbox"/> Anfrage noch nicht akut: Anfragende/Zugehörige melden sich über weiteren Verlauf.		
Eingang am:	angenommen von (Name):	evtl. weitergeleitet an:
Für weitere Notizen:		