

Ersterfassungsbogen TAGESHOSPIZ, Standort Linz

Familienname: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

geb. am: _____ Telefonnr.: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegegeld: o ja, Stufe: _____ o nein Höherstufung beantragt am: _____

Erwachsenenvertretung: o ja o nein o beantragt _____

Patientenverfügung: o ja o nein Vorsorgevollmacht: o ja o nein Rezeptgebührenbefreit: o ja o nein

Transport am _____ o privat per An- und Zugehörige o per Krankentransport

Betreuungstag: _____ o per Rettungsdienst

Betreuungsbedarf in Tagen/Woche: _____

Diagnosen: _____

Angehörige/Ansprechperson: _____

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Aktueller Arztbrief beigelegt

Medikamentenblatt beigelegt

wird nachgereicht

Sonstiges

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Schluckstörung | | Seh-/Hörbehinderung |
| nasogastrale Sonde o Ernährung o Entlastung | | PEG Sonde o Ernährung o Entlastung |
| o Port o PICC LINE | | PCA Pumpe |
| Parenterale Ernährung | | Allergien |
| Diabetiker*in o Insulinpflichtig | | Alkoholabusus |
| Tracheostoma | | Drainagen |
| Dauerkatheter | | Infektiöse Krankheiten |
| Herzschrittmacher | | MRSA |
| Mobilität | | |

Pflegerelevantes Assessment:

Bestehende Betreuung durch:

- Mobiles Palliativteam
- Palliativ-Konsiliardienst
- Palliativstation

Derzeitige Versorgung:

- Ausführende Pflegeperson: _____
- Pflege- und Familienhospizkarenz: _____
- 24 h Betreuung: _____
- Mobile Dienste: _____
- Sonstige Unterstützung: _____

Anfrage erfolgt durch:

Vorname: _____ Nachname: _____

Erreichbar unter der Telefonnummer: _____