



Familienname: _____ **Vorname:** _____

Adresse/Nummer: _____

geb. am: _____ Versicherungsnummer: _____

Angehörige/Ansprechperson: _____

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

Erwachsenenvertretung ja nein beantragt _____

Patientenverfügung ja nein **Vorsorgevollmacht** ja nein

Diagnosen: _____

Lebenserwartung/Prognose: _____

medizinisches Therapieziel: _____

Potentielle Gefahren: O Sturzgefährdung O Fremdgefährdung O Selbstgefährdung

- Aktueller Arztbrief beigelegt** **Medikamentenblatt beigelegt**
- wird nachgereicht**

Orientierung

Grund der Anmeldung

<input type="checkbox"/>	Vollständig Orientiert	<input type="checkbox"/>	Medizinische Indikation
<input type="checkbox"/>	Zeitweise Desorientiert	<input type="checkbox"/>	Pflegerische Indikation
<input type="checkbox"/>	Hauptsächlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	Soziale Indikation
<input type="checkbox"/>	Nächtliche Desorientiertheit	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen:
<input type="checkbox"/>	Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	

Sonstiges

<input type="checkbox"/>	Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	Seh-/Hörbehinderung
<input type="checkbox"/>	nasogastrale Sonde O Ernährung O Entlastung	<input type="checkbox"/>	PEG Sonde O Ernährung O Entlastung
<input type="checkbox"/>	O Port O PICC LINE	<input type="checkbox"/>	PCA Pumpe
<input type="checkbox"/>	Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/>	Allergien
<input type="checkbox"/>	Diabetiker*in O Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	Alkoholabusus
<input type="checkbox"/>	Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	Drainagen
<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Krankheiten
<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	MRSA

Der Hospizwerber stimmt der Weitergabe der Informationen zu

Ort, Datum Unterschrift:

Name des Arztes und Kontaktdaten:

Pflegerrelevantes Assessment:

Vorsondierung durch:

- Mobiles Palliativteam
- Palliativ-Konsilliardienst
- Palliativstation

Derzeitige Versorgung:

- Ausführende Pflegeperson:
Pflege-/Familienhospizkarenz:
24h Betreuung:
- Mobile Dienste:

- Sonstige Unterstützung:

Eruierung des Pflegeaufwandes

Mobilität:

Ernährung:

Kommunikation:

Beschäftigung:

Spiritualität:

Schlafen:

Körperpflege:

Wunden:

Medikamente/Applikationsformen:

Besonderheiten:

Soziale Komponente: