

Ärztliches Attest und Pflegerische Einschätzung zur Aufnahme eines/einer Bewohner*in



**Sankt
Barbara
Hospiz**

Sankt Barbara Hospiz GmbH
Fadingerstraße 9, 4020 Linz

Tel.: +43 660 8763 445
E-Mail: gmbh@barbara-hospiz.at
www.barbara-hospiz.at

Bank: Hypo OÖ
IBAN: AT54 5400 0000 0070 2068
BIC: OBLAAT2L
FN: 449332 h
UID: ATU70499748

Familienname: _____

Vorname: _____

Adresse/Nummer: _____

_____ geb. am: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsträger: _____

Angehörige/Ansprechperson: _____

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

Diagnosen: _____

Lebenserwartung/Prognose: _____

Medizinisches Therapieziel: _____

Potenzielle Gefahren: Sturzgefährdung Fremdgefährdung Selbstgefährdung

Aktueller Arztbrief beigelegt

Medikamentenblatt beigelegt

wird nachgereicht

Gemeinsam sind wir Hospiz:

Barmherzige Brüder Linz, die elisabethinen linz-wien, Franziskanerinnen Vöcklabruck,
Kreuzschwestern Europa Mitte, OÖ Gesundheitsholding, OÖ Rotes Kreuz und Vinzenz Gruppe



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
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

O Der Hospizwerber stimmt der Weitergabe der Informationen zu.

Ort, Datum Unterschrift:

Name des Arztes und Kontaktdaten: _____



Sankt Barbara Hospiz

Pflegerrelevantes Assessment:

Vorsondierung durch:

- Mobiles Palliativteam
- Palliativ-Konsiliardienst
- Palliativstation

Sankt Barbara Hospiz GmbH
Fadingerstraße 9, 4020 Linz

Tel.: +43 660 8763 445
E-Mail: gmbh@barbara-hospiz.at
www.barbara-hospiz.at

Bank: Hypo OÖ
IBAN: AT54 5400 0000 0070 2068
BIC: OBLAAT2L
FN: 449332 h
UID: ATU70499748

Derzeitige Versorgung:

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

Eruiierung des Pflegeaufwandes:

Mobilität: _____

Ernährung: _____

Kommunikation: _____

Beschäftigung: _____

Spiritualität: _____





Sankt Barbara Hospiz

Schlafen: _____

Körperpflege: _____

Wunden: _____

Medikamente/Applikationsformen: _____

Besonderheiten: _____

Soziale Komponente: _____

Sankt Barbara Hospiz GmbH
Fadingerstraße 9, 4020 Linz

Tel.: +43 660 8763 445
E-Mail: gmbh@barbara-hospiz.at
www.barbara-hospiz.at

Bank: Hypo OÖ
IBAN: AT54 5400 0000 0070 2068
BIC: OBLAAT2L
FN: 449332 h
UID: ATU70499748

Gemeinsam sind wir Hospiz:

Barmherzige Brüder Linz, die elisabethinen linz-wien, Franziskanerinnen Vöcklabruck,
Kreuzschwestern Europa Mitte, OÖ Gesundheitsholding, OÖ Rotes Kreuz und Vinzenz Gruppe

