

Ersterfassungsbogen TAGESHOSPIZ, Standort **Vöcklabruck**

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

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: _____