

Bitte Anfragebogen leserlich und vollständig ausfüllen.

|   |                            |   |             |
|---|----------------------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/>  | <b>Anfrage von (Name):</b> | Tel.:   | Fax:        |
| Datum der Anfrage:  |                            | Kontakt per: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> persönlich vor Ort                    |             |
| <b>Anfrage an:</b>  |                            |   |             |
| 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"/>  |                            |   |             |
| 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 <input type="checkbox"/>  |                            |   |             |
| 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:<br>Schweigepflichtentbindung: <input type="checkbox"/> eingeholt <input type="checkbox"/> mündlich<br><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. <b>Diagnose</b> (fortgeschrittene + voranschreitende Krankheit?):  |                            |   |             |
| Situation/Verlauf/aktuelle Beschwerden:   |                            |   |             |
| <b>Besonderheiten:</b> <input type="checkbox"/> ORSA... <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Tracheost. <input type="checkbox"/> Anus Praet. <input type="checkbox"/> O2-pflicht. <input type="checkbox"/> Schrittm. <input type="checkbox"/> Defi. |                            |   |             |
| <b>Vereinbarung</b> bzw. Stand der Anfrage/ wie geht's weiter?!   |                            |   |             |
| <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:  |                            |   |             |