

Anfrage an: _____ am: _____

Bitte in jedem Fall auch kurze telefonische Rücksprache!

Anfrage/Anmeldung durch:		Telefon:
Geplante Entlassung:		Assessment/geplante Aufnahme:
Hinweis:		
Name, Vorname:		Geb. am:
Straße, Haus-Nr., Etage:	PLZ:	Ort:
Aufenthaltort:		Grundsicherung:
Festnetz:		Mobil:
Geschlecht:	Fam.-Stand:	Schlüssel: ja ☐ nein ☐
Krankenkasse:		Vers.-Nr.:
Beihilfeberechtigt: ja ☐ nein ☐		Pflegegrad: _____ Höherstufung beantragt: ja ☐ nein ☐

Bezugsperson(en) / ggf. rechtlicher Betreuer	Verhältnis z. Patient	Telefon
1. Name:		
2. Name:		

Ansprechpartner	Name	Telefon
Hausarzt		
Onkologe/Facharzt		
Pflegedienst/Pflegeheim		
Krankenhaus (Station/Arzt)		
Physiotherapie		
Apotheke/Sanitätshaus		
Ehrenamtliche(r)		
Spiritualität/Konfession/Gemeinde		

Rücksprache mit HA ist erfolgt durch:

☐ Vorsorgevollmacht
 ☐ Patientenverfügung
 ☐ SAPVV M63
 ☐ Hospiznotw.
 ☐ Arztbrief

Diagnosen:

Symptome:

Isolationspflichtige Erreger: ☐ nein ☐ ja, welche:

Covid: ☐ geimpft ☐ genesen ☐ getestet Datum: _____

	Pflegebedarf			
☐ Portanlage	mobil:	alleine/ gehfähig	mit Hilfe	bettlägerig
☐ AP-Anlage		☐	☐	☐
☐ BVK				
☐ Urostoma	Körperpflege:	selbst	mit Unterstütz.	durch Pfleger
☐ Tracheostoma		☐	☐	☐
☐ Pleuradrainage				
☐ Med. Pumpe	Essen/Trinken:	selbst	mit Unterstütz.	durch Pfleger
☐ Wundversorgung		☐	☐	☐
☐ PEG				
☐	Kommunikation eingeschränkt, d.h.:			
☐				

Kontakte:

- ☐ PCT: Tel: 0211-5989590 Fax: 59895977
- ☐ SAPV Uni: Tel: 0211-8108703 Fax: 8108783
- ☐ Pall.-St. EVK: Tel: 0211-9193830 Fax: 9193897
- ☐ Pall.-St. FNK: Tel: 0211-4092205 Fax: 4092293
- ☐ Pall.-St. MaHo: Tel: 0211-44002501 Fax: 44002191
- ☐ Pall.-St. UKD: Tel: 0211-8108700 Fax: 8108699
- ☐ Hospiz EVK: Tel: 0211-9194900 Fax: 9193903
- ☐ Hospiz Garath: Tel: 0211-16022990 Fax: 160229960

Bitte zur Aufnahme mitbringen: Personalausweis, Krankenversichertenkarte, Unterlagen/Papiere (wie oben aufgeführt), Medikamente, Verbands-, Stoma-, Inkontinenzmaterial (wenn benötigt)