

**Stationäres
HOSPIZ AGATHE STREICHER gGmbH**
für die Region Ulm/Neu-Ulm
Lichtensteinstraße 14/2
89075 Ulm
Tel.: 0731 – 509 733-31
Fax : 0731 – 509 733-33

ANMELDUNG am:

1. Personalien:

Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Tel.-Nr.:

2. Krankenkasse:

.....
Pflegestufe: nein ja, Stufe
beantragt am:

3. Diagnosen:

.....
.....
.....
.....
.....

4. Prognose:

.....
.....

5. Medikamente:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Schmerztherapie: nein ja
welche:
.....
.....

Venöse Zugänge: Port
 Hickman
 I-cath.
 Viggo

Ableitungen: DK
 Cystofix

Magensonde:
PFG:
Sonstige:

6. Kommunikation:

Sprache: ja nein
Verständigung möglich: ja nein

7. Orientierung: ja teilweise nein

zeitlich:
örtlich:
zur Person:

8. Körperliche Verfassung:

.....
.....
.....
.....
.....

9. Hausarzt:

.....
ist informiert: ja nein
behandelt weiter: ja nein

10. Angehöriger/Ansprechpartner:

.....
.....
.....
.....
.....

11. Soziales Umfeld:

.....
.....
.....

Der/die PatientIn ist über Diagnose und Prognose informiert?
 ja nein

12. Anmeldung von:

.....
Name:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Tel.-Nr.:
Krankenhaus:
.....
Station:
behandelnder Arzt/Ärztin:
.....

Unterschrift: