

Stationäres
HOSPIZ AGATHE STREICHER gGmbH
für die Region Ulm/Neu-Ulm
Lichtensteinstraße 14/2
89075 Ulm
Tel.: 0731 – 509 733-31
Fax : 0731 – 509 733-32

ANMELDUNG am:

1. Personalien:

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

2. Krankenkasse:

.....
Pflegegrad: nein ja, PG:
beantragt am:

Privatkrankenkasse:

Beihilfe:

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

3. Diagnosen:

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

4. Prognose:

.....
.....

5. Medikamente:

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

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

Venöse Zugänge: Port
 Hickman
 I-cath.
 Viggo

Ableitungen: DK
 Cystofix
 Drainage
 Sonstiges

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. SAPV ja nein

SAPV-Arzt:

11. Angehöriger/Ansprechpartner:

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

12. Soziales Umfeld:

.....
.....

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

13. Anmeldung von:

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

Unterschrift: