



Anfrage zur Aufnahme

Vorname:		Nachname:		Geburtsdatum:	
Adresse:		SV-Nummer:		Telefonnummer:	
		Versicherung:		Privatversicherung:	
Angehörige:		Name:		Verhältnis zum Patienten:	
		Telefonnummer:			

Zuweiser	Name:		Ort:	
	Telefonnummer:			
derzeitiger Aufenthaltsort	Station:			
	BehandlerIn / AnsprechpartnerIn:			
	Telefonnummer:		Ort:	
Hausarzt	Name:		Ort:	
Mobile Betreuung	vorhanden: ja		welche: nein	

Hauptdiagnose / ED					
Symptome / Hauptproblem					
Mobilität:	selbstständig ☐ mobil mit Hilfe ☐ bettlägrig ☐				
Ernährung:	kann schlucken ☐ i.v. ☐ PEG ☐ Besonderheit: _____				
Medikamente (Besonderheiten):					
Resistente Keime:					
Zugänge:	Port ☐	PICC ☐	VF ☐	ZVK ☐	s.c-Leitung ☐
Ableitungen:	DK ☐	Aszites ☐	Pleura ☐	Tracheostoma ☐	Stoma: _____
Organisatorisches	PH-Anmeldung erfolgt ☐ PG-Stufe: _____ Betreuung zuhause möglich: ja ☐ nein ☐				
Aufnahmegrund	☐ Symptomlinderung: _____ ☐ Betreuung am Lebensende ☐ Betreuung in der letzten Lebensphase ☐ Psychosoziale Entlastung / Entlastung des betreuenden Umfelds ☐ Organisation der weiteren Betreuung ☐ Übergangsbetreuung ☐ Sonstiges				

[illegible]

Zeichen: