

Anforderungsprofil zur Hospizbegleitung

Für Bewohner/ Patient

Name: Geborene

Vorname:

Altenheim/ Amb. Pflegedienst:

Wohnbereich:

oder

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Besonderheiten zur Adresse:

Geb.-Datum: Alter:

Konfession/ Religion/ Glaubenszugehörigkeit:

Diagnose:

Krankenkasse:

Vers.-Nr.: Pflegestufe:

Bitte beachten Sie, dass der Bewohner/ Patient, wenn es sein aktueller Gesundheitszustand noch zulässt, teilweise oder ganz über sein Krankheitsbild aufgeklärt sein sollte.

Mit folgenden Personen ist der Wunsch zur Hospizbegleitung abgeklärt worden

- Bewohner/ Patient
- An-, Zugehörige
- Vorsorgebevollmächtigter für die Gesundheitsfürsorge, autorisiert durch den Hausarzt
- Betreuer für die Gesundheitsfürsorge
- Pflegekräfte
- Wohnbereichsleitung
- Pflegedienstleitung
- Hausarzt/ behandelnder Arzt

Nächster Angehöriger/ wichtigste Bezugsperson

Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefon-Nr. privat:: dienstlich:

Handy:

(verwandtschaftliches) Verhältnis:

Ggf. Vorsorgebevollmächtigter, (amtlicher) Betreuer

Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefon-Nr. privat:: dienstlich:

Handy:

(verwandtschaftliches) Verhältnis:

Folgende Wünsche wurden geäußert

- regelmäßige Besuche/ Begleitung des Schwerstkranken/ Sterbenden
- Palliative Care Beratung Pflegekräfte
- Palliative Care Beratung An-, Zugehörige
- Begleitung von An-, Zugehörige
- Begleitung der Pflegekräfte
- Begleitung und Information zum Umgang mit den Wünschen in der Patientenverfügung
- Sonstiges

.....
Anfrage bearbeitet durch:

Datum:

.....
Unterschrift mit Vor- und Zunamen