



Antrag auf Aufnahme im Vinzidorf-Hospiz

Wir ersuchen um **Übermittlung aktueller Befunde als Beilage zu dieser Anmeldung**, Arztbrief, Bericht mobiles Palliativteam, rezente Bildgebung/Laborbefunde.

Für Krankenhauszuweiser: Wir ersuchen um palliativmedizinische Stellungnahme durch den Palliativkonsiliardienst, sofern verfügbar.

Nach Einlangen dieses Antrages inkl. Befunde wird Ihr/e Patient/in auf unserer Warteliste gereiht. Ein/e Palliativmediziner/in wird sich ehebaldigst wegen eines verfügbaren Bettes bei Ihnen melden.

Patientenetikett mit Adresse und Aufnahmedatum	
Familienstand:	
Pflegegeldbezug, Stufe:	
Einkommensquellen:	
Versicherungsstatus:	
Unterhaltspflichten:	
Aufenthaltstitel:	
Angehörige/r:	
Verhältnis zur/zum Patient/in:	
Name:	
Telefon:	

Anfordernde Stelle:	
Krankenhaus/MPT/...	
Abteilung Station	
Behandler/in/Kontaktperson:	
Name:	
Telefon:	
Fax-Nr.:	
Zuständige/r Sozialarbeiter/in:	
Name:	
Telefon:	
Erwachsenenvertretung:	
Name:	

Diagnose(n):

--

Patient/in und Angehörige aufgeklärt über:

- a) Diagnose: vollständig teilweise nicht
b) Therapie: kurativ palliativ noch unklar
c) geplante Hospizanmeldung: ja nein

Aufnahmegrund im Vinzidorf-Hospiz:
<input type="checkbox"/> Symptomlinderung: <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Angst/Delir
<input type="checkbox"/> Psycho/-sozial (Krankheitsbewältigung, Entlastung, sozialarbeitsrechtliche Beratung, Seelsorge)
<input type="checkbox"/> Optimierung Palliativpflege: <input type="checkbox"/> Wundmanagement <input type="checkbox"/> ...
<input type="checkbox"/> Sterbebegleitung

Datum

Stempel, Unterschrift