

Anfrage an: am:

Bitte in jedem Fall auch kurze telefonische Rücksprache!



Anfrage/Anmeldung durch: Telefon:

Geplante Entlassung: Assessment/geplante Aufnahme:

Hinweis:

Name, Vorname: Geb. am:

Straße, Haus-Nr., Etage: PLZ: Ort:

Aufenthaltsort: Grundsicherung:

Festnetz: Mobil:

Geschlecht: Fam.-Stand: Schlüssel: ja nein

Krankenkasse: Vers.-Nr.:

Beihilfeberechtigt: ja nein Pflegegrad: Höherstufung beantragt: ja nein

Bezugsperson(en) / ggf. gesetzlicher Betreuer	Verhältnis z. Patient	Telefon
---	-----------------------	---------

1. Name: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	----------------------

2. Name: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	----------------------

Ansprechpartner	Name	Telefon
-----------------	------	---------

Hausarzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------	----------------------	----------------------

Onkologe/Facharzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------------------

Pflegedienst/Pflegeheim	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	----------------------

Krankenhaus (Station/Arzt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	----------------------

Physiotherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------	----------------------	----------------------

Apotheke/Sanitätshaus	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	----------------------

Ehrenamtliche(r)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------

Konfession/Gemeinde	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Rücksprache mit HA erfolgt durch:

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung SAPV Muster 63 Hospiznotwendigkeit Arztbrief

Diagnosen:

Symptome:

Isolationspflichtige Erreger: nein ja, welche:

		Pflegebedarf			
<input type="checkbox"/> Portanlage	Mobilität:	alleine/gehfähig	mit Hilfe	bettlägerig	
<input type="checkbox"/> AP-Anlage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> BVK	Körperpflege:	selbst	mit Unterstützung	durch Pflege	
<input type="checkbox"/> Urostoma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	Essen/Trinken:	selbst	mit Unterstützung	durch Pflege	
<input type="checkbox"/> Pleuradrainage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Med.-Pumpe	Kommunikation:	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt			
<input type="checkbox"/> Wundversorgung		<input type="checkbox"/> eingeschränkt, d.h.:			
<input type="checkbox"/> PEG		<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Bemerkungen:	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>					

Bitte zur Aufnahme mitbringen: Personalausweis, Krankenversichertenkarte, Unterlagen/Papiere (wie oben aufgeführt), Medikamente, Verbands-, Stoma-, Inkontinenzmaterial (wenn benötigt)

Kontakte:				
<input type="checkbox"/>	PCT:	Tel: 0211-5989590	Fax: 59895977	info@PCTduesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	SAPV Uni:	Tel: 0211-8108703	Fax: 8108783	sapv@med.uni-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Pall.-St. EVK:	Tel: 0211-9193830	Fax: 9193897	palliativstation@evk-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Pall.-St. FNK:	Tel: 0211-4092205	Fax: 4092293	palliativstation@kaiserswerther-diakonie.de
<input type="checkbox"/>	Pall.-St. MHD:	Tel: 0211-44002501	Fax: 44002191	
<input type="checkbox"/>	Pall.-St. UKD:	Tel: 0211-8108700	Fax: 8108699	Palliativmedizin@med.uni-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Hospiz EVK:	Tel: 0211-9194900	Fax: 9193903	hospiz@evk-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Hospiz Garath:	Tel: 0211-16022990	Fax: 160229960	hospiz@caritas-duesseldorf.de

(Anfragebogen DHPF Version 3 digital 07/2023)