

---

## Persönliche Daten des Gastes

**Bitte bei der Aufnahme ins Hospiz  
vollständig ausgefüllt mitbringen. (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

### Informationsblatt für das Hospiz

---

Name, Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen)

---

Geburtsname      Geburtsdatum      Geburtsort

---

Familienstand      Staatsangehörigkeit      Konfession      Anzahl der Kinder

#### **Anschrift:**

---

Straße und Hausnummer      Postleitzahl – Wohnort – Stadtteil

#### **Hausarzt:**

---

Name, Vorname      Telefonnummer

---

Praxisanschrift

#### **Krankenkasse:**

---

Name      Versicherungsnummer

#### **Pflegestufe:**

Ja       Nein      Beantragt am: \_\_\_\_\_

Pflegestufe     I     II     III

Befreit von der Zuzahlung:       Ja       Nein

Antrag zur Betreuung gestellt       Ja       Nein

---

## Persönliche Daten des Gastes

### Zugehörige / Bezugspersonen

1.

---

Name, Vorname                      Verwandtschafts- Bekanntschaftsverhältnis

---

Straße und Hausnummer                      Postleitzahl – Wohnort - Stadtteil

---

Telefonnummer privat    Telefonnummer dienstlich    Handynummer    e-mail  
(Bitte Vorwahl mit angeben)                      (Bitte Vorwahl mit angeben)

2.

---

Name, Vorname                      Verwandtschafts- Bekanntschaftsverhältnis

---

Straße und Hausnummer                      Postleitzahl – Wohnort - Stadtteil

---

Telefonnummer privat    Telefonnummer dienstlich    Handynummer    e-mail  
(Bitte Vorwahl mit angeben)                      (Bitte Vorwahl mit angeben)

3.

---

Name, Vorname                      Verwandtschafts- Bekanntschaftsverhältnis

---

Straße und Hausnummer                      Postleitzahl – Wohnort - Stadtteil

---

Telefonnummer privat    Telefonnummer dienstlich    Handynummer    e-mail  
(Bitte Vorwahl mit angeben)                      (Bitte Vorwahl mit angeben)

### Name und Adressen der Kinder

(wenn oben noch nicht angegeben)

### Telefonnummern

1.

---

2.

---

### Name und Adresse des geschiedenen Ehepartners

### Telefonnummern

---

---

## Persönliche Daten des Gastes

### Biografische Angaben, die für die Versorgung wichtig sein können

(z.B. Personen, von denen der Patient oft spricht oder besondere biografische Ereignisse)

---

---

---

---

---

### Gewohnheiten, Routinen

(z.B. Tagesablauf, Schlafgewohnheiten, Essgewohnheiten, Lieblingsessen, Getränke, Raucher, Musik)

Tagesablauf: \_\_\_\_\_

Schlafgewohnheiten: \_\_\_\_\_

Liebingsgetränke: \_\_\_\_\_

Lieblingsspeisen: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

Musikrichtung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

---

### Besondere Angewohnheiten, Verhaltensweisen und Umgang damit

(z.B. der Patient verlegt bestimmte Dinge und sucht sie dann verzweifelt, oder er sucht Dinge, die schon lange nicht mehr existieren, etwa den Ehering, oder er läuft nachts umher. Welcher Umgang damit hat sich bewährt?)

---

---

---

---

---

---

## Persönliche Daten des Gastes

### Erfahrungen in Konfliktsituationen

(Was haben Sie gemacht, wenn es zu Problemen kam? Was war erfolgreich, was nicht?)

---

---

---

### Gibt es Situationen bzw. Behandlungen, die abgelehnt werden?

---

---

### Was ist noch zu beachten?

---

---

### Rituale bezüglich des Glaubens?

---

---

### Hat der Patient

- Hörgerät       Brille       Kontaktlinsen  
 Zahnprothese       Herzschrittmacher       Glasauge  
 Defibrillator       sonstige Hilfsmittel

- 
- Allergien, wenn ja, welche:

---

## Persönliche Daten des Gastes

### Betreuung und Patientenverfügung

Besteht eine Betreuung:  Ja  Nein  Beantragt am: \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte Angaben:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname                      Verwandtschaftsverhältnis / Gesetzlich

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer privat    Telefonnummer dienstlich    Handynummer    e-mail  
(Bitte Vorwahl mit angeben)                      (Bitte Vorwahl mit angeben)

Kopie des Amtsgerichts  Ja  Nein

#### Bereiche der Betreuung

- Alle Angelegenheiten
- Gesundheitliche Fürsorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Vermögen und Finanzen
- Sonstige, und zwar: \_\_\_\_\_

Liegt eine Patientenverfügung vor:  Ja    Nein   
Ggf. beifügen

#### Weitere wichtige Informationen:

- 1.) Kann der Patient Fragen selbständig beantworten?  Ja  Nein
- 2.) Kann der Patient seine Bedürfnisse ausdrücken?  Ja  Nein
- 3.) Kann der Patient seine Medikamente selbständig nehmen?  Ja  Nein
- 4.) Kann der Patient sein Geld selbständig verwalten?  Ja  Nein

---

## Wichtiges zur Aufnahme im Hospiz Haus Emmaus

Liebe Gäste und Zugehörige,

bitte bringen Sie für die Aufnahme folgendes mit:

### **Dokumente:**

- Aktueller Medikamentenplan, sowie die vorhandenen Medikamente und Pflegehilfsmittel
- Personalausweis (bzw. Aufenthaltsgenehmigung bei nicht EU-Bürgern) oder Reisepass
- Chipkarte der Krankenkasse
- Befreiungsausweis der Krankenkasse (wenn vorhanden)
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (wenn vorhanden)
- Schwerbehindertenausweis (wenn vorhanden)
- Stammbuch oder Heiratsurkunde
- Geburtsurkunde bei Ledigen
- Scheidungsurkunde bei Geschiedenen
- Betreuungsausweis, wenn gesetzliche Betreuung besteht
- Verordnung SAPV vom Hausarzt oder Klinikum
- SAPV-Mappe – wenn vorhanden
- aktueller Arztbrief

### **Für die Körperpflege:**

- Zahnbürste
- Bürste oder Kamm
- Hautpflegemittel
- Waschlotion
- Persönliche Pflegemittel
- wenn gewünscht, eigene Waschlappen und Handtücher

### **Bekleidung:**

- Nachtwäsche
- bequeme Kleidung
- Schuhe (geschlossenes Schuhwerk)

### **Um Ihr Zimmer auch persönlich zu gestalten, können Sie mitbringen:**

- eigene Bettwäsche
- Bilder
- eigene CD's oder/und eigenen PC/Laptop
- Bücher
- Grünpflanzen

### **Hinweis:**

Aufgrund von gesetzlichen Heimvorschriften ist das Mitbringen von eigenen elektronischen Geräten (mit Ausnahme des Computers) nicht gestattet.

Vielen Dank !

**Das Team des Hospiz Haus Emmaus**