

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: _____

Lieblingsgetränke: _____

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