

Anmeldung im ASB-Hospiz St. Klemens

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Straße: _____

alleinlebend

PLZ, Ort: _____

Einwilligung zur Daten-
speicherung

Tel.: _____

Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad (nicht erforderlich): _____

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

rechtliche Betreuung

1. Angehörige:r/ rechtl. Vertretung

Name, Vorname: _____

Bezug: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Bevollmächtigte:r

rechtl. Betreuer:in

2. Angehörige:r/ rechtl. Vertretung

Name, Vorname: _____

Bezug: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Bevollmächtigte:r

rechtl. Betreuer:in

Minderjährige Kinder?

ja nein

falls ja: Begleitung durch ambulanten Kinder- und
Jugendhospizdienst? ja nein

Anmeldung im ASB-Hospiz St. Klemens

Aktueller Aufenthaltsort:

Häuslichkeit mit ambulanter Pflege durch _____

mit SAPV durch _____

Pflegeheim Einrichtung der Eingliederungshilfe _____

Klinik Palliativstation Station _____ Telefon: _____

Arzt & Telefon: _____

Klinikum Itzehoe

Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster

Westküstenklinikum Heide

Regio Klinik: Elmshorn Pinneberg

Klinikum Bad Bramstedt

Segeberger Kliniken

Diagnose(n): _____

Sauerstoff (O2-Konzentrator/ Flüssig-O2) PEG parenterale Ernährung

Keim: _____

aktuelle Situation:

Hospizantrag: empfohlen liegt KV vor genehmigt

SAPV-Antrag: empfohlen liegt KV vor genehmigt

Kontakt am: _____ mit: _____ tel. pers. E-Mail

Hdz. MA: _____

Aufnahme am: _____ in Zimmer: _____ Datum/ Hdz.: _____