

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:

Covid:  geimpft  genesen  getestet Datum:

		<b>Pflegebedarf</b>			
<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)

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

(Anfragebogen DHPF Version 1 digital 11/2021)