

# KONTAKTBOGEN

Datum: \_\_\_\_\_ HZ: \_\_\_\_\_

<b>Krankenhaus / Praxis / Einrichtung / Sozialdienst</b>		<b>Kontaktperson d. Einrichtung</b>
Name:		Name:
Stat.:	Tel.:	Tel.:

<b>Bewohnerdaten</b>	<b>Ärztliche Diagnose</b>
Name:	1.
Vorname:	2.
Geb.-Datum:	3.
Anschrift:	4.
	5.
Familienstand:	6.
Telefonnr.:	<b>Krankenkasse:</b>
<b>Ansprechpartner/Angehörige</b> <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige	Vers.- Nummer:
Name/Vorname:	Kassennummer:
Telefonnr.:	Karte gültig bis:
Name/Vorname:	Pflegestufe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> keine
Telefonnr.:	Pflegestufe beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betreuungsverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Befreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Hausarzt</b>	<b>Facharzt</b>
Name/Vorname:	Name/Vorname:
Anschrift:	Anschrift:
Telefonnr.:	Telefonnr.:

<b>Versorgung mit:</b>	
Katheter: SPDK <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/>	Port <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Zugang:iv <input type="checkbox"/>
Stomata:	PEG:
Drainagen:	Infusionstherapie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
O <sup>2</sup> - Versorgung:	Perfusor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

<b>Momentaner Krankheitszustand / IST Situation</b>
Orientierung:
Mobilität:
Stimmungslage:
Belastende Symptome:
Wunden/ Dekubiti / Ulcera:
Momentan versorgt mit:

<b>Aktuelle Medikation (wenn Arztbrief <u>noch</u> nicht vorhanden)</b>	

<b>Sonstige Bemerkungen / Besonderheiten familiärer oder sozialer Art</b>

**Wir benötigen dieses Dokument mit folgenden Anlagen  
mind. 24 Stunden vor Aufnahme  
per Fax an: 02431 / 892435**

- Aktuelle Notwendigkeitsbescheinigung
- Vorläufiger Entlassbrief / Arztbrief
- Pflegeüberleitungsbogen

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter 02431 / 892425 zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

*Ihr Hospiz Team*