Mission Leben – Im Alter gGmbH

Hospiz Am Wasserturm
Am Wasserturm 15
63110 Rodgau

Telefon: 0 61 06 – 6 27 81-0
E-Mail: hospiz-am-wasserturm@mission-leben.de

Mission Leben

Aufnahme

1. Persönliche Daten des Gastes

Name | Vorname | ggf. Geburtsname

Geburtstag | Geburtsort

T T M M J J

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Staatsangehörigkeit | Religion

Familienstand

☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft lebend ☐ geschieden
☐ ledig ☐ verwitwet

Derzeitiger Aufenthaltsort,
falls abweichend.
(z.B. Krankenhaus, Reha ...)

2. Aufnahmezeitpunkt

Aufnahme

☐ vorsorglich ☐ sofort ☐ zum späteren Zeitpunkt

3. Beteiligte Dienste

*Wer ist der Hausarzt/die Hausärztin?**
Name | Anschrift

Gibt es weitere behandelnde (Fach-)Ärzte/Ärztinnen?
Name | Anschrift

Ärztliche Bescheinigung

☐ Unterlagen anbei ☐ Unterlagen folgen zeitnah

Pflegedienst Tel.:

SAPV Tel.:

Ambulanter Hospizdienst Tel.:

4. Krankheitsgeschichte

Hauptdiagnosen

Hauptsymptomlast

Infektionskrankheiten ☐ Nein ☐ Ja

Stand der Therapie
- ☐ keine weiteren kurativen Maßnahmen gewünscht
- ☐ weitere Therapien gewünscht
- ☐ Palliative Versorgung gewünscht

Allergien ☐ Nein ☐ Ja Wenn Ja, welche?

5. Kranken- und Pflegekasse

Name der Kranken- und Pflegekasse

Krankenversicherungs-Nr.

☐ privat ☐ gesetzlich

Pflegegrad ☐ kein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

*Wurde eine **Eingruppierung oder Höhergruppierung** beantragt?* ☐ Nein ☐ Ja Antrag gestellt am T T M M J J

6. Weitere Anträge

Befreiung von der Rezeptgebühr ☐ Nein ☐ Ja Antrag gestellt am T T M M J J

Kostenübernahme für Hospiz ☐ Nein ☐ Ja Antrag gestellt am T T M M J J

Beihilfe (z. B. bei Beamten) ☐ Nein ☐ Ja Antrag gestellt am T T M M J J

7. Pflegerelevante Zusatzinformationen

Zugänge ☐ PORT ☐ BDK ☐ AP ☐ PEG

ggf. Lieferant ☐ O2:

Pflegehilfsmittel
- ☐ Kontaktlinsen ☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Zahnprothese
- ☐ Defibrillator ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Sonstiges

ggf. Lieferant/Sonstiges Hilfsmittel

8. Gesetzliche/-r Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-r

Gibt es eine/-n gesetzliche/-n Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-n?

☐ Nein ☐ gesetzl. Betreuer/-in ☐ Bevollmächtige/-r

Name | Vorname (Kontakt siehe 6.)

Wirkungskreis

Bitte eine **Kopie** des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen.

☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthaltsbestimmung

☐ Vermögenssorge ☐ Postangelegenheiten

☐ weitere:

*Ist eine **Patientenverfügung** vorhanden?*

Bitte eine **Kopie** beifügen.

☐ Nein ☐ Ja

9. Kontaktdaten: Angehörige und Ansprechpartner/-in

	1
Name | Vorname	
Beziehung	
Straße | Hausnummer	
PLZ | Ort	
Telefon | Handy	
E-Mail	

	2
Name | Vorname	
Beziehung	
Straße | Hausnummer	
PLZ | Ort	
Telefon | Handy	
E-Mail	

10. Bestattungsvorsorge

Besteht eine Vorsorge für Bestattung?

☐ Nein ☐ Ja

Institut | Anschrift

Geburtsurkunde bzw. Abstammungsurkunde muss im Todesfall dem Standesamt vorgelegt werden. **Bitte Kopie beilegen.**

Ort, Datum

Unterschrift