

Die Aufnahme in das Klara Hospiz steht bevor.

Um Unruhe am Aufnahmetag zu vermeiden, bitten wir Sie oder Ihre Angehörigen diesen Fragebogen soweit wie möglich auszufüllen, damit wir bestmögliche und individuelle Betreuung planen können. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie gerne offen. Am Aufnahmetag erfolgt ein ausführliches gemeinsames Aufnahmegespräch, in dem alle offenen Fragen beantwortet werden.

Was wird zu den üblichen Alltagsgegenständen benötigt:

Benötigte Unterlagen:
Krankenkassen-Karte, Personalausweis
Vorsorgevollmacht und wenn vorhanden eine Patientenverfügung (gerne machen wir uns eine Kopie davon)
Der aktuellste Arztbrief
Liegt ein Dauerrezept für eine Inkontinenzversorgung vor, bitte bringen Sie uns die Daten des Sanitätshauses mit

Materialien/Hilfsmittel:
-aktuelle Medikamente, wenn vorhanden, bitte mitbringen
-aktuelle Verbandsmaterialien / Stoma-Versorgung oder ähnliches, wenn vorhanden, bitte mitbringen
- Sauerstoffversorgung, wenn bereits vorhanden, bitte mitbringen -> ansonsten kann der Sozialdienst des Krankenhauses eine Sauerstoffversorgung für Sie in unser Hospiz bestellen, wenn Sauerstoff benötigt wird
-Hilfsmittel, die sie zu Hause haben wie: Rollator/Rollstuhl, wenn noch benötigt, bitte ebenfalls mitbringen (keinen WC-Stuhl, diese sind vorhanden)

Vom Hospiz werden Handtücher und Bettwäsche gestellt.
 Inkontinenzmaterialien sowie Verbandsmaterialien aller Art müssen vom Arzt verschrieben werden.
 Ein Arzt wird sie hier vor Ort betreuen und kann diese Rezepte ausstellen. (ggf. ist Kaufen von Inkontinenzmaterialien sogar günstiger. Klärung dann vor Ort)

Persönliche Angaben:

Name, Vorname	Telefon:
Geburtsdatum:	Familienstand:
Geburtsname:	Religion/Konf.:
Geburtsort:	Beruf /früherer Beruf:
Adresse:	Soziale Situation/ wie wohne ich / wie war die bisherige Versorgung:
Hausarzt:	Pflegegrad: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Kein <input type="radio"/>
Adresse:	beantragt am _____
Tel./ Fax:	Höherstufung beantragt : _____
Zuzahlungsbefreiung: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wie soll mit der Apotheke abgerechnet werden?
Wir arbeiten überwiegend mit der Finkenapotheke zusammen. Sie können aber auch Ihre eigene Haus-Apotheke behalten, wenn sie uns beliefern kann: Eigene Apotheke : ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Sepa <input type="radio"/> (wird im Hospiz dann ausgefüllt) Rechnung <input type="radio"/> -an Name/Adresse:
Name:	

Besonderheiten:		Allergien:	
Druckstellen / Wunden ? Wenn ja wo?		Sonstige Hilfsmittel:	
Inkontinenz: Urin: Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Stuhl: Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Welche Hilfsmittel:	Obstipation: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (Verstopfung) Was hilft mir am besten:	Durchfall: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Was hilft mir am besten:	
Orientiert: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Was hilft mir/ was gibt mir Sicherheit?	Schlafstörung: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Was hilft mir am besten:	Übelkeit: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Was hilft mir am besten: Erbrechen: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Was hilft mir am besten:	
Schmerzen: Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Schmerzen wo :	Wie stark: Was hilft mir am besten:	

<p>Brille : -nur zum Lesen <input type="radio"/> -dauerhaft <input type="radio"/></p> <p>Ich benötige Hilfe beim Aufsetzen und der Reinigung Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p>	<p>Hörgerät: Nein: <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/></p> <p>Fehlt ein Teil ? Wenn ja welches? rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/></p> <p>Ich benötige Hilfe beim Einsetzen und der Reinigung Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p>	<p>Zahnprothesen: Nein: <input type="radio"/></p> <p>Wenn ja: oben Voll-/Teilprothese <input type="radio"/> <input type="radio"/> unten Voll-/Teilprothese <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Werden sie nachts getragen:</p> <p>Fehlt ein Teil ? Wenn ja welches? oben <input type="radio"/> unten <input type="radio"/></p> <p>Ich benötige Hilfe beim Einsetzen und der Reinigung Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p>
<p>Atembeschwerden: Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/></p> <p>- in Ruhe <input type="radio"/> - bei Belastung <input type="radio"/></p> <p>Sauerstoff bei Bedarf: <input type="radio"/></p> <p>Dauerhaft Sauerstoff: <input type="radio"/></p>	<p>Mobilität: Alleine mobil <input type="radio"/></p> <p>Gehen alleine mit - Gehstock <input type="radio"/> - Rollator <input type="radio"/></p> <p>Gehen mit Hilfsperson <input type="radio"/></p> <p>Nur im Rollstuhl möglich <input type="radio"/></p> <p>Lieblingsseite beim Ein- und Aussteigen aus dem Bett - rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/></p> <p>Bewegung alleine nur im Bett <input type="radio"/></p> <p>Keine Bewegung möglich <input type="radio"/></p>	<p>Körperpflege: -alleine ohne Hilfe <input type="radio"/></p> <p>-nur Hilfe beim Duschen/Baden <input type="radio"/></p> <p>-mit Hilfe am Waschbecken/Duschen und Baden <input type="radio"/></p> <p>-mit Hilfe im Bett <input type="radio"/></p> <p>- Völlige Unterstützung nötig im Bett <input type="radio"/></p>

Daten von Angehörigen:

1. Angehöriger mit Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung	2. Angehöriger mit Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung	3. Angehöriger mit Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung
Name:	Name:	Name:
Vorname:	Vorname:	Vorname:
Anschrift:	Anschrift:	Anschrift:
Tel. privat:	Tel. privat:	Tel. privat:
Handy:	Handy:	Handy:
Tel. dienstl.:	Tel. dienstl.:	Tel. dienstl.:
Anruf Tag <input type="radio"/> Nacht <input type="radio"/> von _____ bis _____ Uhr gar nicht: <input type="radio"/>	Anruf Tag <input type="radio"/> Nacht <input type="radio"/> von _____ bis _____ Uhr gar nicht <input type="radio"/>	Anruf Tag <input type="radio"/> Nacht <input type="radio"/> von _____ bis _____ Uhr gar nicht <input type="radio"/>
Vorsorgevollmacht: <input type="radio"/>	Pat.-Verfügung: <input type="radio"/>	Gesetzlicher Betreuer : <input type="radio"/>
Betreuer/ Bevollmächtigter:		Aufgabenbereich:
Tel. dienstlich:		Tel. privat:

Besonderheiten / kein Besuch erwünscht von:

Ein paar Fragen zur Biographie / Vorlieben/ Spiritualität:

Heirat/ Partnerschaft / Lebensgefährten:	
Vergangenheit frühere Interessen / Hobbys / Alltag:	
Gewohnheiten / Vorlieben / Abneigungen:	
Was ist mir in meiner Umgebung/meinem Zimmer wichtig:	
Woraus beziehe ich meine Stärke: (Religion / spirituelle Einstellung / Familie / Natur.....) Was benötige ich dafür?	
Was brauche ich, um mich wohl zu fühlen? Aromaöle: Welche Düfte mag ich / welche nicht? Aroma nein Danke	

Noch ein paar Fragen zur Nahrungsaufnahme?

Benötige ich Hilfe beim Trinken? Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> -mit Schnabelbecher geht es alleine <input type="radio"/> -mit Schnabelbecher brauche ich Hilfe <input type="radio"/> -ich kann nur minimal mit Hilfe trinken <input type="radio"/> -ich brauche einen Strohhalm <input type="radio"/> Ich kann gar nichts mehr trinken <input type="radio"/>	Benötige ich Hilfe beim Essen? Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> -wenn alles hergerichtet ist; geht es alleine <input type="radio"/> -ich brauche nur Hilfe beim Zerkleinern <input type="radio"/> - ich kann passierte Kost alleine essen <input type="radio"/> -ich benötige Hilfe bei der Einnahme <input type="radio"/> -Hilfsmittel wie: Ich kann gar nichts mehr essen <input type="radio"/>
Was trinke ich gerne bzw. vertrage ich am besten:	Was esse ich gerne bzw. vertrage ich am besten:
Was mag ich gar nicht?	Was würde ich gerne wieder mal essen?
Besonderheiten:	Unverträglichkeiten: