

# Anfragebogen

des Düsseldorfer Hospiz- und Palliativforums (DHPF)

Sie möchten sich, einen Familienangehörigen, eine nahestehende oder in Ihrer Versorgung befindliche Person anmelden für die SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung), eine Palliativstation oder ein Hospiz?

Nutzen Sie unseren Anfragebogen!

Die hier abgefragten Daten helfen uns, Ihre Anfrage besser zu bearbeiten und entsprechend zu berücksichtigen. Zudem finden Sie am Ende des Anfragebogens Kontaktdaten zu den einzelnen Einrichtungen und Dienste in Düsseldorf.

Bei Fragen melden Sie sich gerne telefonisch.

Sind Sie sich unsicher, welches Unterstützungs- und Versorgungsangebot in der aktuellen Situation das richtige ist, sprechen Sie mit dem behandelnden Arzt oder lassen sich beraten: zum Beispiel über das

Palliativberatungstelefon: 0211 919-1919,

den Sozialdienst in der Klinik oder einem ambulanten Hospizdienst.

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"/>
-------------------------	----------------------	----------------------

SAPV	<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"/>
---------------------	----------------------	----------------------

Rücksprache mit HA erfolgt durch:

Vorsorgevollmacht  Patientenverfügung  SAPV Muster 63  Hospiznotwendigkeit  Arztbrief

Diagnosen:

Symptome:

Isolationspflichtige Erreger:  nein  ja, welche:

		<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"/> Sauerstoff	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>				
<input type="checkbox"/>	PCT:	Tel: 0211-5989590	Fax: 59895977	info@PCTduesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	SAPV Uni:	Tel: 0211-8108703	Fax: 8108783	sapv@med.uni-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Pall.-St. EVK:	Tel: 0211-9193830	Fax: 9193897	palliativstation@evk-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Pall.-St. FNK:	Tel: 0211-4092205	Fax: 4092293	palliativstation@kaiserswerther-diakonie.de
<input type="checkbox"/>	Pall.-St. MHD:	Tel: 0211-44002501	Fax: 44002191	
<input type="checkbox"/>	Pall.-St. UKD:	Tel: 0211-8108700	Fax: 8108699	Palliativmedizin@med.uni-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Hospiz EVK:	Tel: 0211-9194900	Fax: 9193903	hospiz@evk-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Hospiz Garath:	Tel: 0211-16022990	Fax: 160229960	hospiz@caritas-duesseldorf.de
<input type="checkbox"/>	Hospiz Kaiserswerth:	Tel: 0211-4092878	Fax: 409772872	hospiz@kaiserswerther-diakonie.de

**www.dhpf.de**

(Anfragebogen DHPF Version 4 digital 11/2024)