


| | |
|---|--|
| Ärztlicher Fragebogen zur Hospizanmeldung |  |
| Elisabeth Hospiz Ingolstadt GmbH Unterer Graben 26 b 85049 Ingolstadt Tel.: 0841/ 88 55 56 - 0 Fax: 0841/ 88 55 56 - 66 | |

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen und zusammen mit der Hospizanmeldung einreichen!

Name, Vorname:

Geburtsname: Geburtsdatum:

Diagnose:

.....

Bestehen ansteckende oder meldepflichtige Krankheiten (wie z.B. TBC)?

.....
 Bestehen nach Ihrem Kenntnisstand bei Familienmitgliedern meldepflichtige Krankheiten?

Benötigt Patient/in spezielle Kostformen (Diät / Schonkost)?

.....
 Welche Medikamente müssen in welcher Dosierung verabreicht werden?

.....

Hinweise und Bemerkungen des/der Arztes/Ärztin (z.B. Suchtkrankheiten, Fixierungen):

.....

Diesem Gutachten liegt eine persönliche Untersuchung des/der Patienten/in zugrunde.

.....
 Ort, Datum

.....
 Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

| Freigabe | BearbeiterIn / Dokument | Änderungszustand | Erstellt am | Geändert am | Seite |
|----------|-------------------------|------------------|-------------|-------------|---------|
| HL | A. Thiede | 0 | 18.03.2009 | | 1 von 1 |