


<b>Ärztlicher Fragebogen zur Hospizanmeldung</b>	
Elisabeth Hospiz Ingolstadt gGmbH 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. Helbig	2	18.03.2009	09.08.2017	1 von 1

F:\Leitung\Elisabeth Hospiz Ingolstadt\erstellte Formulare Elisabeth Hospiz\Ärztlicher Fragebogen zur Hospizanmeldung.DOC