

Name: _____ geb. _____

Straße: _____

ausgefüllt von: _____

Wohnort: _____

Kasse: _____

Versicherten Nr. _____

Rel. _____ befreit

evt. Anfahrt / Schlüssel: _____

 _____

Erstbesuch am _____ Wo? Im KH ambulant Info über _____

Oder: Beratung (wen/wo) _____ Sinnvoll ist: Ber Koor. Teil Voll
VO gültig bis: _____

Diagnose: _____

Hauptproblem: _____ Wunsch: _____

Stärke 0-10:

Identisch: ja nein

Weitere Probleme: _____


Karnowsky-Index: _____ % Prognose: Stunden, Tage, Wochen, Monate, Jahre

Sorgepunkte 0-5	Pat. körperlich	Pat. psychisch	Angehörige
Beginn			
nach 1 Woche			

Spezielle palliative Vorbehandlung: stationär ambulant

Umfeld

Bezugsperson: _____

evt. : _____

Genogramm: _____

Hausarzt¹: _____  Fax: _____

Pflege: _____  Fax: _____

HH: _____  Lotse: _____

¹ Wenn kein Hausarzt/Pflegedienst/Hospizbegleiter: bitte Strich