

Wunschanmeldung

Gerne geben wir Ihnen weitere Informationen und beantworten Ihre individuellen Fragen in einem persönlichen Gespräch. Bitte erteilen Sie uns hier einige Auskünfte fürs erste Kennenlernen.

Wichtig für unsere Einschätzung ist vor allem eine genaue Schilderung der medizinischen Situation des Patienten!

Geschlecht männlich weiblich

Name _____

Vorname _____

Wohnort _____

Straße _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Wohnverhältnisse Häusliches Umfeld Pflegeheim

Hospiz Klinik

Patient wohnt im... Erdgeschoss 1. Stock

2. Stock 3. Stock

Aufzug vorhanden ja nein

Kurzbeschreibung

Wunsch

(was wird gewünscht,
zeitlicher Rahmen?)

Medizinische
Situation

Palliative
Grunddiagnose

Weitere relevante
Diagnosen

Patienten-
versorgung
(Sondennahrung, Stoma,
Sauerstoff...)

Wie mobil ist der
Patient?

Kann gehen

Kann gehen mit Gehhilfe

Sitzt im Rollstuhl

Liegt im Bett

Name Antragsteller _____

Email Antragsteller _____

Telefonnummer
und zeitliche
Erreichbarkeit
Antragsteller

Name
behandelnder Arzt _____

Anschrift Arztpraxis

Bitte laden Sie das Dokument „Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht“
herunter und lassen es schnellstmöglich vom Patienten bzw. dem gesetzlichen
Vertreter unterschreiben!

Liegt eine
Patientenverfügung
vor?

ja

nein

Liegt eine
Vorsorgevollmacht
vor?

ja

nein

Gibt es eine
gesetzliche
Betreuung?

ja

nein

wenn gesetzliche
Betreuung:
Name, Anschrift
und
Telefonnummer
des Betreuers

Wie sind Sie auf
unser Angebot
aufmerksam
geworden?

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

die mich behandelnden Ärzte, Herr/Frau Dr. _____

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, den nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Anschrift: c/o DRK Herzenswunsch-Mobil
DRK-Kreisverband Lörrach e.V.
Weiler Straße 6
79540 Lörrach

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift