

Wunscherfassung

Datum: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Name der Person: _____

Geburtsdatum: _____

Abholung von/Anschrift: _____

Etage: _____

Gewicht: _____

Wunsch in Stichpunkten: _____

Wann soll der Wunsch erfüllt werden (Zeitraum): _____

Wie mobil ist die Person (zutreffendes bitte ankreuzen):

kann noch gehen gehen mit Gehilfe sitzt im Rollstuhl liegt im Bett

Eine private Begleitperson bei der Wunscherfüllung gewünscht? ja nein

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Mobil: _____

Anschrift: _____

Name/Anschrift des behandelten Arztes:

(Diagnose und Entbindung der Schweigepflicht des Arztes muss schriftlich erfolgen. Diagnose bitte beifügen.)

Spätestens am Tag der Wunscherfüllung ist eine Bescheinigung des behandelten Arztes oder des Hospiz vorzulegen, dass die Wunscherfüllung medizinisch unbedenklich ist.

Notwendige Medikation während der Wunscherfüllung: ja nein

(falls ja, bitte gesonderte Liste beifügen)

Sind medizinische Hilfsmittel notwendig? ja nein

Wenn ja, welche und sie diese vorhanden?

Medizinische Betreuung notwendig? ja nein

Pflegerische Betreuung notwendig: ja nein (falls ja: wer ist Ansprechpartner)

Relevante Lebensgeschichte in Stichpunkten: _____
