

▶ Palliativstation des CS Hospiz Rennweg

CS Hospiz Rennweg

▶ Mobiles Hospiz Rennweg (Mobiles Palliativteam)

Beratungs- und
Koordinationsstelle
Oberzellergasse 1
1030 Wien



Erfassungsdatum ▶ von:

Tel.: 01/ 717 53- 3220
Fax: 01/ 717 53- 3921
www.cs.or.at

Bei Storno: Grund ▶

(füllt Beratungsstelle aus)

1 Name der KlientIn/
des Klienten ▶ Herr Frau Vorname ▶
Nachname ▶

2 Meldeadresse ▶

3 Betreuungsadresse ▶

4 Aktueller Aufenthaltsort ▶

5 Telefonnummer (Betreuungsort) ▶

6 Geburtsdatum ▶ Ort ▶

7 Staatsangehörigkeit ▶ Österreich andere:

8 Sprache ▶ deutsch andere:

9 Krankenkasse ▶ Rezeptgebührenbefreiung:

10 Sozialversicherungsnummer ▶

11 Religionsbekenntnis ▶ röm.kath. evangelisch andere:

12 Bezugsperson(en) ▶

Wer ▶	Verhältnis ▶	Adresse ▶	Telefon ▶

13 Familienstand ▶ verheiratet / verwitwet / ledig /
 Lebensgemeinschaft / geschieden

14 (ehemaliger) Beruf ▶

15 Schlüsselsafe ▶ Nummer ▶ Organisation ▶

16 Zuweiser/ Zuweiserin

Krankenhaus ▶ Station ▶

Telefon, Klappe ▶

beh. Arzt/ Ärztin im KH ▶

HausärztIn ▶

Telefon + Fax ▶

Organisation ▶

Eigeninitiative der Klientin/ des Klienten

Initiative der Angehörigen/ Bezugsperson

Sonstige ▶

17 Diagnose(n) ▶

bekannte Allergien ▶

18 Zuweisungsgründe (Mehrfachangaben sind möglich) ▶

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Ernährungsprobleme | <input type="checkbox"/> Soziale Situation |
| <input type="checkbox"/> psych. Probleme | <input type="checkbox"/> Betreuung in der Terminalphase | <input type="checkbox"/> Pflegeprobleme |
| <input type="checkbox"/> Entlastung der Angeh. | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige ▶ | | |

19 aktuelle Wohnsituation ▶

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> im häuslichen Umfeld,
allein lebend | <input type="checkbox"/> im häuslichen Umfeld,
nicht allein lebend | Anzahl der Personen im Haushalt
▶ |
|--|--|--------------------------------------|

20 Pflegeheimantrag eingebracht ▶

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Datum ▶ |
|-----------------------------|-------------------------------|---------|

21 aktuelles Pflegegeld ▶

- | | | |
|---|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Erhalt von Pflegegeld | <input type="checkbox"/> Stufe unbekannt | Stufe ▶ |
| <input type="checkbox"/> Neuantrag in Bearbeitung | <input type="checkbox"/> Antrag auf Höherstufung in Bearbeitung | |
| <input type="checkbox"/> kein Erhalt von Pflegegeld | Anmerkung ▶ | |

Versicherung ▶

22 Informationsstand der Klientin/ des Klienten ▶

Klient/ Klientin ist informiert über: (bitte pro Bereich zutreffende Kategorie ankreuzen)

- | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Prognose | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| Erkrankungsverlauf | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| Behandlung | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Anmerkung ▶ | |
| Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Anmerkung ▶ | |

23 SachwalterIn ▶

24 Erwartungen an das CS Hospiz Rennweg ▶

25 Beilagen (Befunde, Arztbriefe, ...)

..... wird nachgereicht