

Ambulanter Hospizdienst - Begleit-Dokumentation

A. Stammdaten

Name Begleitete(r) _____ Ambulanter Hospizdienst Name (Begleiter/in)

Anschrift _____

ID-Nr. _____ Geburtsjahr _____ Tel.: _____ Tel.: _____

Kontakt hergestellt durch: Betroffene(r) Angehörige(r) Haus-/Facharzt Heim Pflegedienst Krankenhaus Sonstige

Grund des Kontakts: Begleitung bei schwerer Krankheit Sterbebegleitung Trauerbegleitung Sonstiges

Wohnsituation (nur eine Möglichkeit) <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> mit Angehörigen <input type="radio"/> Heim <input type="radio"/> sonstige _____	Aufenthaltsort zu Beginn (nur eine Möglichkeit) <input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Krankenhaus <input type="radio"/> Heim <input type="radio"/> sonstige _____	Ambulante Versorgung (alles Zutreffende ankreuzen) <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Sozialstation/Pflegedienst <input type="radio"/> sonstige _____	Erkrankung bzw. wesentliche Probleme 1.) _____ 2.) _____ 3.) _____
---	--	--	--

B. Begleitung (persönliche Kontakt)

Datum	Einsatzbeginn	Einsatzende	Dauer (in Min.)	Art der Begleitung

C. Hospizliche Leistungen im Verlauf (alles Zutreffende ankreuzen)

<input type="radio"/> Unterstützung für den/die Betroffene(n)	<input type="radio"/> Koordination hospizlicher Hilfen	<input type="radio"/> Palliativberatung	<input type="radio"/> Sitzwache
<input type="radio"/> Unterstützung für den/die Angehörige(n)	<input type="radio"/> Seelsorglich-spirituelle Begleitung	<input type="radio"/> Sozialrechtliche Beratung	<input type="radio"/> Sonstige

D. Abschluss der Begleitung

Datum letzter persönlicher Kontakt EA _____ HA _____ Begleiteinsätze EA _____ HA _____ Gesamt-Begleitzeit (in Std.) EA _____ HA _____ Zahl der in der Begleitung tätigen EA _____ HA _____	Aufenthaltsort zum Abschluss (nur eine Möglichkeit ankreuzen) <input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> stationäres Hospiz <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> Krankenhaus <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonstige Einrichtung	Abschlussgrund der Begleitung (nur eine Möglichkeit ankreuzen) <input type="radio"/> Besserung der Situation <input type="radio"/> Umzug <input type="radio"/> Verlegung ins Hospiz <input type="radio"/> Verlegung ins Krankenhaus <input type="radio"/> Tod <input type="radio"/> Sonstiges _____
--	--	---