

Wunschanmeldung

Gerne geben wir Ihnen weitere Informationen und beantworten Ihre individuellen Fragen in einem persönlichen Gespräch.

Bitte erteilen Sie uns hier einige Auskünfte für das erste Kennenlernen.

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

Angaben zum Antragssteller

Vor- und Nachname _____

E-Mail _____

Telefonnummer
und zeitl. Erreichbarkeit: _____

Angaben zum Patienten

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Geschlecht weiblich männlich divers

Telefon _____

Anschrift _____

Name behandelnder Arzt _____

Anschrift Arztpraxis _____

Liegt eine Patientenverfügung vor? Ja Nein

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? Ja Nein

Gibt es eine gesetzliche Betreuung? Ja Nein

Wenn gesetzliche Betreuung:

Name Betreuer _____

Anschrift Betreuer _____

Telefonnummer Betreuer _____

Wohnverhältnisse

- Häusliches Umfeld Pflegeheim
 Hospiz Klinik

Patient wohnt im...

- Erdgeschoss 1. Stock 2. Stock oder höher

Aufzug vorhanden?

- Ja Nein

Kurzbeschreibung Wunsch

(Was wird gewünscht, zeitlicher Rahmen?)

Medizinische Situation

Palliative Grunddiagnose

Weitere relevante Diagnosen

Patientengrundversorgung

(Sondernahrung, Stoma, Sauerstoff...)

Wie mobil ist der Patient?

- Kann gehen Kann mit Gehhilfe gehen
 Sitzt im Rollstuhl Liegt im Bett
 Sonstiges/Bemerkungen:

Wie sind Sie auf unser Angebot aufmerksam geworden?

- Über eine Suchmaschine
 Empfehlung von Familie/ Freunden
 Werbeanzeige
 Pressebericht
 Veranstaltung
 Sonstige: _____

Haben Sie noch Fragen?

Kontakt:

Tel.: 08561/2339-16

Hospizmobil@kvrottal-inn.brk.de

Anschrift:

BRK Kreisverband Rottal-Inn
Herzenswunsch Hospizmobil
Arno-Jacoby-Str. 7
84347 Pfarrkirchen

Anhang 1: Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

die mich behandelnden Ärzte

Name: _____

Anschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, den Chefarzten des Kreisverbandes Rottal-Inn Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Organisation: BRK Kreisverband Rottal-Inn
Herzenswunsch Hospizmobil
Arno-Jacoby-Str. 7
84347 Pfarrkirchen
Tel: 08561/2339-16
E-Mail: Hospizmobil@kvrottal-inn.brk.de

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 Patient oder gesetzlicher Vertreter

Anhang 2: Einverständniserklärung Mediendateien

Informationen zur Person

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Informationen zur Aufnahme

Datum: _____

Veranstaltung: Fahrt mit dem Herzenswunsch Hospizmobil

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass das *Bayerische Rote Kreuz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Kreisverband Rottal-Inn mit Sitz in 84347 Pfarrkirchen, Arno-Jacoby-Str. 7* Bildmaterial für seine Berichterstattung über die oben genannte Veranstaltung unentgeltlich erstellt und verwendet.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Bilder für den oben genannten Zweck in den folgenden Medien veröffentlicht werden:

- Veröffentlichung auf www.brk-rottal-inn.de
- Verwendung auf Social Media Plattformen des BRK Kreisverbandes Rottal-Inn
- Print-Veröffentlichung für die Passauer Neue Presse

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

**Unterschrift Patient oder gesetzlicher
Vertreter**