



Emanuel von Hibler-Straße 5  
9900 Lienz  
Tel.: 04852/606-82611  
Fax: 04852/ 606-917  
mobilespalliativteam@kh-lienz.at

## Anfrage zur Aufnahme

### Angaben Patient\*in

Vorname:	Nachname:
Geschlecht:	Soz. Vers./Geb.Datum:
Adresse:	Krankenkasse:
Telefonnummer:	Zuweisende Stelle:
Hausärzt*in:	
Betreuungsnetz/beteiligte Dienste :	
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> mit Sozial- und Gesundheitssprengel:
<input type="checkbox"/> lebt alleine	<input type="checkbox"/> Erwachsenenvertretung:
<input type="checkbox"/> mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> Wohn-und Pflegeheim:
<input type="checkbox"/> mit 24h-Betreuung, Agentur:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Pflegegeld:	PG-Stufe:	PG Erhöhung beantragt <input type="checkbox"/>
-------------	-----------	--

<b>Hauptdiagnose/Einweisungsdiagnose:</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Medikamentenplan wenn möglich mitschicken!</b>

<b>Warum wird die/der Patient*in angemeldet/Betreuungsziel:</b> ..... ..... ..... .....
---

### Angaben Hauptbezugsperson

Name:	Telefonnummer:
Adresse:	
Verhältnis zur/zum Patient*in:	

Datum: .....