

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 :	
☐ unbekannt	☐ mit Sozial- und Gesundheitssprengel:
☐ lebt alleine	☐ Erwachsenenvertretung:
☐ mit Angehörigen	☐ Wohn-und Pflegeheim:
☐ mit 24h-Betreuung, Agentur:	☐ Sonstiges:

Pflegegeld:	PG-Stufe:	PG Erhöhung beantragt ☐
-------------	-----------	--

Hauptdiagnose/Einweisungsdiagnose:

.....

.....

.....

.....

Medikamentenplan wenn möglich mitschicken!

Warum wird die/der Patient*in angemeldet/Betreuungsziel:

.....

.....

.....

.....

Angaben Hauptbezugsperson

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

Datum: