

# 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

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

<b>Datum letzter persönlicher Kontakt</b> EA _____ HA _____  <b>Begleiteinsätze</b> EA _____ HA _____  <b>Gesamt-Begleitzeit (in Std.)</b> EA _____ HA _____  <b>Zahl der in der Begleitung tätigen</b> EA _____ HA _____	<b>Aufenthaltsort zum Abschluss</b> (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	<b>Abschlussgrund der Begleitung</b> (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 _____
--	--	---