

# Wunsch-Anmeldung

Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgt die Anmeldung der Patienten zunächst anonymisiert.

**Geschlecht:**  männlich  weiblich

**Alter:**  0-10 J.  11-20 J.  21-40 J.  
 41-60 J.  61-80 J.  über 80 J.

**Wohn-  
verhältnisse:**  Häusl. Umfeld  Pflegeheim  Hospiz  
 Klinik  
 Dauerwohntort  Temporärer Verweilort bis ca. \_\_\_\_\_  
 UG  EG  1. OG  
 2. OG  3. OG  höher als 3. OG  
 Aufzug vorhanden

**Kurzbeschreibung Wunsch** (was wird gewünscht, zeitlicher Rahmen, gibt es Begleitpersonen etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

Medizinische Situation:

---

Palliative Grunddiagnose:

---

Weitere relevante Diagnosen:

---

**Patientenversorgung** (Sondernahrung, Stoma, Sauerstoff, Katheter, Port usw.):

---

---

**Bayerisches Rotes Kreuz**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Bezirksverband  
Niederbayern/Oberpfalz**

Siemensstraße 11a  
94315 Straubing  
Tel. 09421 9952-0  
Fax 09421 9952-1005  
www.kvstraubing.de

**Herzenswunsch Hospizmobil**

Tel. 09421 9952-1515  
Fax 09421 9952-1005  
E-Mail herzenswunsch@kvstraubing.brk.de

**Die sieben Grundsätze  
der Rotkreuz- und  
Rothalbmondbewegung:**

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit
- Universalität

**Wie mobil ist der Fahrgast:**

- kann gehen                       kann gehen mit Gehhilfe  
 sitzt im Rollstuhl               liegt im Bett

Sonstiges:

Name, Vorname Antragsteller:

E-Mail Antragsteller:

Telefonnummer u. zeitliche Erreichbarkeit Antragsteller  
(wichtig zur baldigen Kontaktaufnahme durch uns):

Name behandelnder Arzt:

Anschrift Artpraxis:

**Hinweis:** Bitte laden Sie das Dokument „Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht“ herunter und lassen es schnellstmöglich vom Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter unterschreiben.

**Ergänzende Informationen:**

Liegt eine Patientenverfügung vor?     ja     nein

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?     ja     nein

Gibt es eine gesetzliche Betreuung?     ja     nein  
wenn ja, wer ist das? (inkl. Erreichbarkeit)

Name, Anschrift, Telefon:

**Hinweis:** Bitte halten Sie die jeweiligen Dokumente in Kopie bereit oder lassen Sie sie uns per Fax oder Post zeitnah zukommen.

**Bayerisches Rotes Kreuz**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
**Bezirksverband**  
**Niederbayern/Oberpfalz**

Siemensstraße 11a  
94315 Straubing  
Tel. 09421 9952-0  
Fax 09421 9952-1005  
www.kvstraubing.de

**Herzenswunsch Hospizmobil**

Tel. 09421 9952-1515  
Fax 09421 9952-1005  
E-Mail herzenswunsch@kvstraubing.brk.de

**Die sieben Grundsätze  
der Rotkreuz- und  
Rothalbmondbewegung:**

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit
- Universalität

Bankverbindung:  
IBAN: DE72 7425 0000 0000 0919 91  
BIC: BYLADEM1SRG