Stammdatenblatt

Fahrgast:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Wohnsituation: ☐ Zuhause ☐ Pflegeheim ☐ Hospiz ☐ Krankenhaus

Name der Einrichtung: _____

Straße Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonisch zu erreichen unter: _____

Wohnverhältnis: ☐ Erdgeschoss ☐ 1. Stock ☐ 2. Stock ☐ __ Stock

Aufzug vorhanden? (Tiefe 2 m) ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es eine gesetzliche Betreuung? ☐ Ja ☐ Nein

Ansprechperson für die Wunschorganisation:

Vorname, Name: _____

Telefonisch zu erreichen unter: _____

E-Mail: _____

Im Notfall zu benachrichtigen (nicht bei Wunschfahrt dabei):

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonisch zu erreichen unter: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Was ist der Wunsch?

Wunschort/-ziel* (genaue Adresse):
*Zielort muss an einem Tag erreichbar sein.

_____

Einverständnis des Fahrgastes*:
*Eine Wunschorganisation ist nur mit dem Einverständnis des Fahrgastes möglich.

Ist der Fahrgast über die Wunschanfrage informiert und damit einverstanden? ☐ Ja ☐ Nein

Mobilität:

Gehfähig? ☐ Ja ☐ Nein ☐ mit Hilfe

Angewiesen auf:

☐ Rollstuhl ☐ elektr. Rollstuhl* ☐ Pflegerollstuhl*

☐ Gehilfe ☐ Rollator ☐ sonstiges: _____

* Mitnahmemöglichkeit muss vorher geklärt werden.

Kann nur noch liegen? ☐ Ja ☐ Nein Gewicht: _____

Unterstützung beim Toilettengang notwendig? ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Erläuterungen zur Mobilität, Pflege, Medikamentengabe:

_____

_____

_____

Medizinische Situation und Lebenserwartung:

Machen Sie hier bitte Angaben zu den vorliegenden Erkrankungen (Diagnosen, chronische Erkrankungen, Allergien und Unverträglichkeiten).

_____

_____

_____

_____

_____

Liegt eine Infektion mit ansteckenden Krankheiten vor*? ☐ ja ☐ nein

* Kein Ausschlusskriterium. Bei Vorliegen einer Infektion bitte detaillierte Beschreibung!

_____

_____

_____

Medizinische Hilfsmittel:

☐ Stoma ☐ Sondennahrung ☐ Sauerstoff ___ Liter/Minute

☐ Katheter Art des Katheters: _____

Sonstiges/Erläuterungen: _____

Gibt es eine Patientenverfügung*? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es eine Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht*? ☐ Ja ☐ Nein

*Wenn ja, bitte eine Kopie beifügen und am Wunschtag im Original mitführen!

Ich lehne im Notfall eine Reanimation während der Wunschfahrt ab.

☐ Ja (nur im Zusammenhang mit der mitgeführten Patientenverfügung gültig)
☐ Nein

Hinweis: Bei Verschlechterung des Gesundheitszustands, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird oder der Fahrgast verstirbt, endet die Wunschfahrt.

Ärztliche Bestätigung:

Bestehen aus medizinischer Sicht Bedenken gegen die Durchführung der Wunschfahrt. ☐ Ja ☐ Nein

Name und Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes:

_____

_____

Telefonisch zu erreichen unter: _____

Datum und Unterschrift: _____

Alternativ: Eine ärztliche Bescheinigung ist beigefügt. ☐ Ja ☐ Nein

Die Wunschfahrt ist für den Fahrgast und eine Begleitperson kostenfrei.

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und ich sie nach bestem Wissen und Gewissen verfasst habe.

Datum und Unterschrift*: _____

* Unterschrift Fahrgast oder Betreuungsperson, ggf. gesetzlicher Betreuer.

Bitte Unterlagen zurücksenden an:

ASB Gliederung
Projektkoordination Wünschewagen
Straße
Ort

E-Mail:
Telefon: