

# Heidenheimer Glücksmomente



## Ärztliche Einwilligung

für den Wünschenden \_\_\_\_\_ (Name)  
\_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

### Diagnosen und bisheriger Krankheitsverlauf (zusätzliche Einschätzung)

---

---

---

### Aktuelle Medikation

bitte aktuellen Medikamentenplan anheften

### Bedarfsmedikation

wie Schmerzen, Unruhe, Atemnot, Fiber, Krampfanfall, etc.. Bitte die Medikamente mitgeben, mit Angabe von Einnahmezeitpunkt und Dosis.

---

---

---

### Empfehlung

Beförderung während des Ausfluges ☐ liegend ☐ sitzend  
Qualifizierte pflegerische Begleitung erforderlich ☐ ja ☐ nein  
Liegt eine Infektion vor ☐ ja, welche \_\_\_\_\_ ☐ nein

Hiermit bestätige ich, dass der oben genannte Patient aus ärztlicher Sicht transportfähig ist. Unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Diagnosen sowie des ausdrücklich geäußerten Wille des Patienten, ist die Teilnahme an dem geplanten Ausflug mit dem „Heidenheimer Glücksmomente“ medizinisch vertretbar.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Hausarzt/Palliativarzt