

# Der Wünschewagen

Letzte Wünsche wagen

## Von uns benötigte Daten für Ihre Wunscherfüllung

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Aktuelle Wohnsituation:  Zuhause  Pflegeheim  Hospiz  
 Krankenhaus

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

**Ansprechperson für  
Wunschorganisation:** \_\_\_\_\_

Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

**Nächster Angehöriger**  
(im Notfall melden bei): \_\_\_\_\_

Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Wohnverhältnisse:       Parterre       1. Etage       2. Etage  
                                  3. Etage       höher als 3. Etage

Aufzug vorhanden?       ja       nein

Körpergewicht: \_\_\_\_\_

**Kurze Beschreibung des Wunsches:**

**Wunschort/Reiseziel (genaue Adresse):**

**Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Medizinische Situation und Lebenserwartung:**

Machen Sie hier bitte Angaben zu Ihren Erkrankungen  
(welche Diagnosen, chronische Erkrankungen, Allergien & Unverträglichkeiten)

**Mobilität:**

- Ich kann selbstständig gehen.     Ich bin auf einen Rollstuhl/Pflegestuhl angewiesen.  
 Ich bin auf Liegendtransport angewiesen.

**Vorhandene Hilfsmittel (Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl, Pflegestuhl, etc.):**

Bitte nennen Sie auch die Hilfsmittel, die auf die Wunschfahrt mitgenommen werden müssen.

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

**Weitere Erläuterungen zur Mobilität, Pflege, Medikamentengabe:**

**Medizinische Hilfsmittel (Stoma, Sondennahrung, Sauerstoff, Katheter, etc.):**

**Weitere Angaben:**

Liegt eine Infektion mit resistenten Keimen vor (MRSA, ESBL)?  Ja  Nein  
**(kein Ausschlusskriterium!)**

Gibt es eine Patientenverfügung?  Ja  Nein

Reanimation  Ja  Nein

**(Die Option „Nein“ ist nur mit vorliegender Patientenverfügung möglich.)**

**Wenn eine Patientenverfügung vorliegt, fügen Sie eine Kopie davon bei und übergeben Sie das Original am Wunschtag unserem Team.**

**Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Name und Kontaktdaten des behandelnden Arztes:**

Bitte fügen Sie vom behandelnden Arzt eine Bescheinigung bei, dass die Teilnahme an der Fahrt medizinisch unbedenklich ist.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift