

Anfrage/Anmeldung zur Hospizaufnahme

Kontakt Sozialdienst/Fallmanagement

Name: _____

Einrichtung: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Patient:innendaten und -informationen

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Familienstand: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja ☐ nein Kostenübernahme Hospiz beantragt ☐

Pflegegrad: _____ noch keine Einstufung ☐ Einstufung bereits beantragt ☐

Aufenthaltort: _____

Diagnosen/Besonderheiten/Infektionen (MRSA, ESBL, etc.)

Raucher:in : ja/nein _____

SAPV- Betreuung ☐ ja ☐ nein

SAPV Team: _____

Hausarzt: _____

Patientenverfügung: ☐ Vorsorgevollmacht: ☐ gesetzl. Betreuung ☐

Kontakt Angehörige/Kontaktperson

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

☐ Ehepartner:in ☐ Lebensgefährte:in ☐ Sohn/Tochter ☐ rechtl. Betreuer:in
☐ sonstige

Zusätzlich angemeldet in folgenden Hospizen: _____

Bitte Rücksprache mit dem Sozialdienst ☐