

Anmeldung Hospiz Bergstraße

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Tel.Nr. _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____

Diagnose: _____

Krankenkasse: _____

Pflegeeinstufung: Ja Welche PS _____ Nein beantragt

Ansprechpartner/Bezugsperson:

Name: _____

Tel.Nr. _____ Mobil: _____

Name: _____

Tel.Nr. _____ Mobil: _____

Amb. Pflegedienst: _____

Amb. Hospizdienst: _____

Infektionskrankheiten: Nein Ja Welche? _____

Patientenverfügung vorhanden: Ja Nein

Vorsorgevollmacht vorhanden: Nein Ja Wer: _____

Gesetzlicher Betreuer: Nein Ja Name/Tel.Nr.: _____

Datum/Anmelder: _____