

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT ELISABETHEN-HOSPIZ gGmbH

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus + faxen Sie diesen an die Nummer 06151 403 7679 zurück! Vielen herzlichen Dank!

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____ Mobil: _____

Hausarzt (Name/ Ort/ Telefonnummer): _____

Weitere ärztliche Betreuung im Hospiz durch den Hausarzt möglich: Nein Ja

Diagnose: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Zuzahlungsbefreiung: Nein Ja

Pflegeeinstufung: ja Welche Pflegeeinstufung: _____ Nein Beantragt

Besteht eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? Nein Ja

Ansprechpartner/ Bezugsperson:

Name, Vorname: _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten? _____

Tel. Nr.: _____ Mobil: _____

Adresse: _____

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____ Mobil: _____

Adresse: _____

Amb. Hospizdienst: _____

Spezialisierter ambulanter Palliativdienst (SAPV): Wenn ja, bitte Angabe: _____

Besteht eine akute Hin- bzw. Weglaufgefährdung? Nein Ja

Infektionskrankheiten: Nein Ja Welche? _____

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

Anmeldung

Name des Anmelders: _____

Tel. Nr.: _____ Fax: _____

Aufnahme geplant am: _____

Datum Anmeldung: _____

Besteht eine weitere Anmeldung in einer anderen Einrichtung? Wenn ja, wo? _____

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus!

Freigabe	Pflegedienstleitung	Datum:	18.08.2016	PLK KH / WuP / MVZ:	FP 5.6 Recht / Vertragswesen	
Gültigkeitsprüfung am		Datum:	18.08.2016	Roxtra-ID: Version:	52224; 005/08.2016	
					Seite	1 von 1