

Anfrage Hospizplatz**Zi.Nr:****Datum:****HZ:**

Der Gast befindet sich zurzeit: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

Geburtsort: _____

Geburtsname: _____

Telefon: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Hausarzt: _____

Pflegegrad: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr: _____

Rezeptgebührenbefreiung : ja nein

Bezugsperson/Betreuer 1: _____ Telefon: _____

Funktion: _____

Adresse: _____

Bezugsperson/Betreuer 2: _____ Telefon: _____

Funktion: _____

Adresse: _____

Angaben zur Erkrankung: _____

Ist der Gast über Hospiz und Erkrankung aufgeklärt: _____

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

Hilfsmittel: _____

Besonderheiten: _____

Antrag auf vollstationäre Hospizleistung liegt vor: ja nein Ärztliche Bescheinigung Hospizversorgung liegt vor: ja nein Patientenverfügung liegt vor: ja nein

Wodurch auf uns aufmerksam geworden: _____

Der Anfragende wurde darüber informiert, dass seine Daten aufgenommen wurden.