

PATIENTENANMELDUNG

Gerne können Sie uns die ausgefüllte Anmeldung per **Fax 030 365 099 29**
oder **E-Mail sozialdienst@gemeinschaftshospiz.de** zusenden.

Datum

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Telefon
Straße, Nr.	PLZ Ort

ERSTKONTAKT durch

Name	Telefon
------	---------

DERZEITIGER AUFENTHALT

(Zuhause/Krankenhaus, Tel.Nr.)

DIAGNOSE

Vorherrschende Symptomatik	Wahrnehmung
Psychische Situation	Ernährung
Mobilität	Kontinenz
Hilfsmittel (z. B. Matratze, Rollator)	

KRANKENKASSE

Beihilfe Ja, Prozent: ____ Nein Zuzahlungsbefreiung Ja Nein

ANGEHÖRIGE

Name	Telefon
Ist Patient:in aufgeklärt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Patientenverfügung vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Vorsorgevollmacht vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Auf wen ausgestellt? Name	Telefon
Gesetzliche Betreuung vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Betreuer:in, Name	Telefon
Versorgung durch ambulanten Hospizdienst? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Name	Kontakt

ÄRZTE

(SAPV-Arzt, Hausarzt, Facharzt)