



Aufnahmemanagement:

Tina Henschel t.henschel@hospiz-elbe-weser.de
Tel. 04761-92611-27 Fax: 04761-92611-99

Pflegedienstleitung:

Sandra Hocke s.hocke@hospiz-elbe-weser.de
Tel. 04761-92611-23

Datum: _____ gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Nachname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Meldeadresse: _____

Momentaner Aufenthaltsort: _____

Kontaktperson: _____ Tel.Nr.: _____

Angehörige: _____ Tel.Nr.: _____

Adresse Angehörige/r: _____

Krankenkasse: gesetzl.: _____ Vers. Nr.: _____ zuzahlungsbefreit: Ja/ Nein

privat: _____ beihilfeberechtigt: wenn ja welche Beihilfestelle?: _____

Diagnose: _____

Belastende Symptome: _____

Pat. über Prognose aufgeklärt? _____ Pat.Verf. vorhanden? _____

Generalvollmacht/gesetzl. Betreuer: _____

Hausarzt: _____ Tel.Nr. _____

Palliative Versorgung bisher? _____

Hilfsmittelversorger bereits vorhanden? Ja/ Nein (wenn ja bitte unten ergänzen)

Hospizantrag gestellt? Ja / Nein / folgt - wann? _____ Pflegegrad: vorhanden/beantragt

Wunsch ins Hospiz zu ziehen? _____

Sonstige Informationen: _____