



**Aufnahmemanagement:**

Tina Henschel [t.henschel@hospiz-elbe-weser.de](mailto:t.henschel@hospiz-elbe-weser.de)  
Tel. 04761-92611-27 Fax: 04761-92611-99

**Pflegedienstleitung:**

Sandra Hocke [s.hocke@hospiz-elbe-weser.de](mailto: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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_