



Aufnahmemanagement:

Tina Henschel

Tel. 04761-92611-27

aufnahme@hospiz-elbe-weser.de

Fax: 04761-92611-99

Pflegedienstleitung:

Sandra Hocke

Tel. 04761-92611-23

Datum: _____ gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Nachname: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Meldeadresse: _____

Versicherungsdaten bitte auf Infobogen 1 (privatversichert) oder Infobogen 2 (gesetzlich) ergänzen

1

Momentaner Aufenthaltsort: _____

Kontaktperson: _____ **Tel.Nr.:** _____

Angehörige: _____ **Tel.Nr.:** _____

Diagnose(n): _____

Belastende Symptome: _____

Pat. über Diagnose / Prognose aufgeklärt? JA ☐ NEIN ☐

Pat. Verfügung vorhanden? JA ☐ NEIN ☐

Generalvollmacht/gesetzl. Betreuer: _____

Hausarzt: _____ **Tel.Nr.:** _____

Palliative Versorgung bisher? _____

Hilfsmittel-Versorger bereits vorhanden? JA ☐ NEIN ☐

Name des Versorgers: _____

Hospiz-Antrag gestellt? JA ☐ NEIN ☐

... wenn ja, wann und von wem? _____

Pflegegrad: vorhanden ☐ beantragt ☐

Wunsch ins Hospiz zu ziehen? _____

Sonstige Informationen: _____

Anlage: Infobogen 1 (GKV) ☐
Infobogen 2 (PKV) ☐



Infobogen für gesetzlich Versicherte

Nachname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Name der Versicherung: _____ Versicherten-Nr.: _____

1. Zuzahlungsbefreiung liegt vor?

JA

☐

NEIN

☐

Bitte Kopie hinterlegen

2. Wer ist bei Ihnen als Bevollmächtigter hinterlegt und unterstützt Sie beim Einreichen der Unterlagen?

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

3. Wo sollen die Apotheken Rechnungen hingeschickt werden?

ins Hospiz

☐

an den Bevollmächtigten/Angehörigen

☐

4. Wünschen sie ein SEPA-Lastschriftverfahren mit der Apotheke?

JA

☐

NEIN

☐

Bitte anhängendes SEPA Lastschriftmandat ausfüllen

Anlage: Infobogen 1 (GKV) ☐
Infobogen 2 (PKV) ☐



Infobogen für privat- oder freiwillig gesetzlich Versicherte

Nachname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Privat versichert zu _____ %

Freiwillig gesetzlich versichert

Name der Versicherung: _____ Versicherten-Nr.: _____

Vollversicherung

beihilfeberechtigt zu _____ %



Name der Beihilfestelle: _____

Persönliche Kennziffer bei der Beihilfestelle: _____

Wer ist bei der Krankenversicherung und der Beihilfestelle als Bevollmächtigter hinterlegt und unterstützt sie beim Einreichen der Unterlagen?

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Email-Adresse: _____

Gilt diese Vollmacht über den Tod hinaus ?

JA

NEIN

1. Wo sollen die Apotheken Rechnungen hingeschickt werden?

ins Hospiz

an den Bevollmächtigten/Angehörigen

2. Wünschen sie ein SEPA-Lastschriftverfahren mit der Apotheke?

JA

NEIN



Bitte anhängendes SEPA Lastschriftmandat ausfüllen

Anlage: Infobogen 1 (GKV)
Infobogen 2 (PKV)