

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 Aufnahme datum: _____

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

Meldeadresse: _____

Versicherungsdaten bitte auf Infobogen GKV (gesetzlich versichert) oder Infobogen PKV (privatversichert) 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 GKV
Infobogen PKV

Infobogen für gesetzlich Versicherte (GKV)

Nachname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Name der Versicherung: _____ Versicherten-Nr.: _____

1. Zuzahlungsbefreiung liegt vor? **JA** **NEIN**



Bitte Kopie hinterlegen

2

2. Wer ist bei Ihnen 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

per Post (zzgl. 1€ Porto)

per Email

2. Wünschen Sie ein SEPA-Lastschriftverfahren mit der Apotheke? (weniger zeitaufwendig, Vermeidung von Doppelzahlungen, Rücküberweisungen einfacher möglich)

JA

NEIN



Bitte anhängendes SEPA Lastschriftmandat ausfüllen

Anlage: **Infobogen GKV**
 Infobogen PKV

Infobogen für privat- oder freiwillig gesetzlich Versicherte (PVK)

Nachname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

privat versichert zu _____ %

freiwillig gesetzlich versichert

3

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

per Post (zzgl. 1€ Porto)

per Email

2. Wünschen Sie ein SEPA-Lastschriftverfahren mit der Apotheke? (weniger zeitaufwendig, Vermeidung von Doppelzahlungen, Rücküberweisungen einfacher möglich)

JA

NEIN



Bitte anhängendes SEPA Lastschriftmandat ausfüllen

Anlage: Infobogen GKV
Infobogen PKV

Sepa - Lastschriftmandat

Als Rats-Apotheke bieten wir Ihnen den bequemen Service des Lastschriftverfahrens an. Sollten Sie sich dafür entscheiden, dann schicken Sie das ausgefüllte Formular an die Rats-Apotheke zurück.

4 Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/Wir ermächtige(n) die Rats-Apotheke/Herrn Egbert de Boer, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Rats-Apotheke/Herrn Egbert de Boer auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Zahlungsempfängers: Rats-Apotheke/Egbert de Boer

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00001523388

Mandatsreferenz: identisch mit der Kundennummer auf der Rechnung
--

Kontoinhaber/in (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

IBAN	DE
-------------	----

BIC:

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bitte ankreuzen:

Bitte auch ausstehende Rechnungen abbuchen

Bitte nur zukünftige Rechnungen abbuchen

Falls abweichend vom Kontoinhaber/in, dann bitte ausfüllen! Für die folgende Person (z.B. Angehörige im Heim) sollen die Zahlungen von meinem/unserem Konto abgebucht werden:

Vorname und Name

Anlage: Infobogen GKV
 Infobogen PKV