Anmeldung zur Aufnahme in das Caritas-Hospiz an St. Bartholomäus

Anfrage durch:	Telefon:

Angaben Patient/in:

Name: _____ Vorname:_____

Straße:_____

Wohnort:_____

Geb.:_____ in:_____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Familienstand: _____

Bezugsperson: _____

Telefon: _____

Erkrankungen: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Pflegegrad: _____ seit: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Beihilfe: _____ Beihilfestelle: _____

Beihilfenr.: _____ zuzahlungsbefreit: ja ☐ nein ☐

Ist Patient/in über Erkrankung und Institution Hospiz aufgeklärt? _____

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Besonderheiten:

_____

_____

_____

RaucherIn: ☐ ja ☐ nein

Erstgespräch am: _____ durch: _____