

Anmeldung zur Hospizaufnahme

Kontakt Sozialdienst/Fallmanagement

Frau/Herrn: _____
 Einrichtung: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Informationen zum Betroffenen/Gast

Frau/Herrn: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____ Familienstand: _____
 Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr: _____
 Zuzahlungsbefreiung: ja nein
 Pflegegrad: _____ noch keine Einstufung Einstufung bereits beantragt
 Aufenthaltsort: _____
 Besonderheiten / Krankheitsbilder / Diagnosen/Infektionen (MRSA; ESBL etc.):

 SAPV Betreuung ja nein
 Hausarzt: _____ Telefonnummer: _____
 Patientenverfügung: ja nein Vollmacht: ja nein gesetzl. Betreuung: ja nein
 Bevollmächtigter/gesetzl. Betreuer (Name, Anschrift, Telefon):

 Vorvertragliche Informationen wurden ausgehändigt ja nein

Kontakt Angehörige/Kontaktperson

Frau/Herrn _____
 Anschrift _____
 Telefon _____ E-Mail _____
 Ehegatte Sohn Tochter Betreuer sonstige _____

Link zur datenschutzsicheren Übermittlung der Anmeldeformulare:

<https://nextcloud.hospiz-germering.de/index.php/s/49nKN2L9BkeKLod>

Fax Nummer Hospiz Germering: 089/5 40 28 80 29

Freigabe	Bearbeiterin / Dokument	Änderungszustand	Erstellt am	Geändert am	Seite
GF	T. Lamprecht	2	04.01.2022	17.07.2023	1 von 1
https://hospizgermering.sharepoint.com/sites/hospizgermering/Freigegebene Dokumente/Hospiz Germering - Formulare/Gäste/Aufnahmeformulare/Anmeldung Gast/Anmeldeformular zur Hospizaufnahme.docx					