

Interessentenbogen Hospizaufnahme per Fax an 069-29987960

Datum: _____	Uhrzeit: _____	gesehen: _____
--------------	----------------	----------------

Interessent für eine Hospizaufnahme:

<p>Name, Vorname: _____</p> <p>_____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Telefonnr.: _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p>Vorsorgebevollmächtigter: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Gesetzliche Betreuung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Angehöriger / Betreuer / Bevollmächtigter Kontakt: (Name, Adresse, Telefonnr., Mail) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Platz benötigt ab: _____</p> <p>Raucher: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Krankenkasse: _____</p> <p>Pflegegrad: <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1-5 ____ <input type="checkbox"/> beantragt</p> <p>Antrag Hospizbewilligung: <input type="checkbox"/> laufend <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> noch nicht</p> <p>Grunderkrankung: Tumorart _____</p> <p>chron. Erkrankung _____</p> <p>Sonstige _____</p> <p>Derzeitige Unterbringung: (Name, Adresse, Telefonnr.) _____</p> <p>Häuslichkeit - Hausarzt: _____</p> <p>_____</p> <p>Krankenhaus/Palliativ - Kontakt Arzt / KH: _____</p> <p>_____</p> <p>Reha/Pflegeheim etc. Kontakt: _____</p> <p>_____</p> <p>Aufnahmegrund: <input type="checkbox"/> Pflege ambulant nicht möglich <input type="checkbox"/> Krankenhausentlassung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p>
--	--