

**Anfrage Hospizplatz****Zi.Nr:****Datum:****HZ:**

Der Gast befindet sich zurzeit: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung : ja  nein 

Bezugsperson/Betreuer 1: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bezugsperson/Betreuer 2: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Angaben zur Erkrankung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist der Gast über Hospiz und Erkrankung aufgeklärt: \_\_\_\_\_

Gewünschter Aufnahmeterrmin: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Antrag auf vollstationäre Hospizleistung liegt vor: ja  nein Ärztliche Bescheinigung Hospizversorgung liegt vor: ja  nein Patientenverfügung liegt vor: ja  nein 

Wodurch auf uns aufmerksam geworden: \_\_\_\_\_

Der Anfragende wurde darüber informiert, dass seine Daten aufgenommen wurden.