

ANFRAGE UND ANMELDUNG ZUR HOSPIZAUFNAHME

SOPHIENHOSPIZ



KONTAKT SOZIALDIENST/FALLMANAGEMENT

Name, Vorname

Einrichtung

E-Mail

Telefon

PATIENT:INNENDATEN UND -INFORMATIONEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Telefon Patient:in

Familienstand

Religion

☐ Zuzahlungsbefreiung

Pflegegrad

☐ Einstufung beantragt

Hausarzt

☐ Hausarztvertrag

Aufenthaltsort

Diagnosen/Besonderheiten/Infektionen (MRSA, ESBL, etc.)

☐ Sauerstoff

☐ Raucher:in

☐ Allergien

☐ SAPV-Betreuung

SAPV Team

☐ Patientenverfügung

☐ Vorsorgevollmacht

☐ gesetzl. Betreuung

KONTAKT ANGEHÖRIGE/KONTAKTPERSON

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon

Beziehung: ☐ Ehepartner:in ☐ Lebensgefähr:in ☐ Sohn/Tochter ☐ rechtl. Betreuer:in ☐ sonstige

zusätzlich angemeldet in folgenden Hospizen

☐ Bitte Rücksprache mit dem Sozialdienst

oder