

## Anmeldung Hospiz Bergstraße

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	
Telefon-Nr. und Mobil-Nr.:	
Hausarzt:	
Diagnose:	
Infektionskrankheiten:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welche:
Krankenkasse:	
Pflegegrad:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welcher Pflegegrad <span style="float: right;">Beantragt <input type="radio"/></span>
Aufnahme:	Sobald als möglich <input type="radio"/> Zu einem späteren Zeitpunkt <input type="radio"/>
Aufklärung:	Patient über Krankheitszustand aufgeklärt <span style="float: right;">Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/></span>
Einverständnis:	Patient mit Hospizaufnahme einverstanden <span style="float: right;">Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/></span>
Ärztliche Bescheinigung:	Unterlagen anbei <input type="radio"/> Folgen zeitnah <input type="radio"/> Bei Bedarf <input type="radio"/>
Ambulanter Pflegedienst:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welcher:
Ambulanter Hospizdienst:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welcher:
Palliativ-Team (SAPV):	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welches:
Patientenverfügung:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Vorsorgevollmacht:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Wer ist Bevollmächtigter:
Gesetzlicher Betreuer:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Wer ist Betreuer:

<b>Name der Bezugsperson (welche Beziehung zum Angemeldeten):</b>	
Name, Vorname:	
Telefon-Nr. und Mobil-Nr.:	
Name, Vorname:	
Telefon-Nr. und Mobil-Nr.:	

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift