

Hospiz Bad Dürkheim

Tel. 06322 620850 Fax: 06322-62085-19, hospiz-duew@diakonissen.de

Hospiz Bethesda Landau

Tel. 06341 282-3030 Fax: 06341 282-3039, hospiz-ld@diakonissen.de

Hospiz im Wilhelminenstift

Tel. 06232 22-1691 Fax: 06232/ 22-1927, sabine.seifert@diakonissen.de



Anmeldung zur Aufnahme im Hospiz Anfrage am: _____

| | | | | | |
|---|--|----------------------|--|--|--|
| Name: | | Vorname: | | Anfrage durch: | |
| Geb. Name: | | | | Tel.: | |
| | | | | Tel. mobil: | |
| Anschrift: | | | | Anschrift Anfragende/-r: | |
| Tel.: | | | | | |
| Geb.-Datum: | | Geb.-Ort: | | Hospiz Vermerke | |
| Fam.-Stand: | | Konf.: | | | |
| | | Staatsangehörigkeit: | | Aufnahmedatum: | |
| Krankenkasse: | | | | Transport bestellt für: | |
| VS Nummer: | | | | Aufnahmenummer: | |
| Kassen Nr.: | | | | Zimmernummer: | |
| Tel.: | | Fax: | | | |
| Derzeitiger Aufenthaltsort: | | | | Tel.: | |
| | | | | Fax: | |
| Hausärztin/-arzt: | | | | | |
| Ärztin/Arzt im Hospiz: | | | | | |
| Angehörige / familiäre Situation: | | | | | |
| Diagnosen: | | | | | |
| Pflegegrad: 1 2 3 4 5 0 ist beantragt 0 wird beantragt durch: | | | | | |
| Arzneimittelzuzahlung: 0 befreit 0 nicht befreit 0 ist beantragt | | | | | |
| 0 Hospiz = Eigener Wunsch | | | | Empfänger/-in von: | |
| 0 Über Hospiz informiert | | | | 0 Sozialhilfe 0 _____ | |
| 0 Keine Angaben möglich | | | | 0 Grundsicherung 0 _____ | |
| 0 Hospiz meldet sich, wenn Zimmer frei | | | | 0 Anfragende/-r meldet sich bei Aktualität | |
| Interne Vermerke Hospiz: | | | | | |
| Hinweis zum Datenschutz: Zum Zwecke der Anmeldung werden die Daten elektronisch gespeichert. Nach Ablauf von spätestens 12 Monaten werden die Daten gelöscht. Soll die Anmeldung weiter aufrecht erhalten bleiben, muss dies der Hospizleitung angezeigt werden. | | | | | |