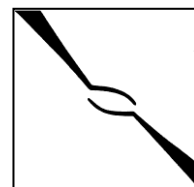


Anmeldung für das stationäre Hospiz der Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e.V.



Stationäres Hospiz
Tel: 07191- 92 797 40
Fax: 07191- 92 797 49

Anfrage durch: Datum der Meldung:.....

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Familienstand Geburtsname..... Geburtsort..... Konfession.....

Strasse und Ort:

Krankenkasse: Hausarzt:

Angehörige/Ansprechpartner:

Adresse:

Telefonnr.:

Betreuung/Vollmacht hat

Patientenverfügung ja O nein

Der Patient befindet sich zur Zeit zu Hause mit SAPV
 im Krankenhaus: Station:
Tel. Station:
Stationsarzt/ Ärztin:
Sozialdienst:

Rezeptbefreiung ja befristet bis O nein

Der Patient hat bereits Pflegegrad 1 2 3 4 5

Diagnose des Patienten

Der Patient ist über seine Situation aufgeklärt ja nein
wünscht Unterbringung im Hospiz ja noch nicht

Vom Hospiz auszufüllen:

- Erstgespräch am
- Notwendigkeitsbescheinigung ausgegeben
- Hospizverträge abgegeben
- Checkliste
- Datenschutz Apotheke
- Info Besucherregelung und Besucherliste

Voraussichtliche Aufnahme:

Arzt/Ärzt