



Stationäres Hospiz  
Tel.: 07191/92797-40  
Fax: 07191-92797-49

Name, Vorname		Geb.datum	
Geburtsname	Geburtsort	Familienstand	Konfession
Adresse			
Krankenkasse		Hausarzt	

Angehörige/r/ Ansprechpartner/in	1.	2.
Adresse		
Telefon		

Betreuung/ Vollmacht:		Patientenverfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>				
Patient/in befindet sich zurzeit	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> mit SAPV						
	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	Station:	Tel.:					
	Stationsarzt/ -ärztin:		Sozialdienst:					
Rezeptbefreiung	Ja <input type="checkbox"/>	Befristet bis:	Nein <input type="checkbox"/>					
Pflegegrad	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> beantragt
Diagnose/n des/ der Patient/in								
Patient/in ist über ihre/ seine Situation aufgeklärt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Patient/in wünscht Unterbringung im Hospiz			Ja <input type="checkbox"/>	Noch nicht <input type="checkbox"/>	

**Vom Hospiz auszufüllen:**

- Erstgespräch am \_\_\_\_\_
- Notwendigkeitsbescheinigung ausgegeben
- Hospizverträge abgegeben
- Checkliste
- Datenschutz Apotheke

Voraussichtliche Aufnahme: \_\_\_\_\_

Arzt/ Ärztin: \_\_\_\_\_