KRAICHGAU HOSPIZ SINSHEIM

AUFNAHMEANMELDUNG

Kraichgau-Hospiz Sinsheim gGmbH • Alte Waibstadter Straße 2H • 74889 Sinsheim mail@kraichgau-hospiz.de • www.kraichgau-hospiz.de
Telefonnummer wird noch ergänzt

01	PERSÖNLICHE ANGABEN
Name, Vorname: **Geb.-Datum:**	**Adresse:**
Tel. Nr.: _____ **Mobil:** _____	**Hausarzt:**
Diagnose:	**Krankenkasse:**
Pflegeeinstufung ☐ Ja Pflegegrad: _____ ☐ Nein ☐ beantragt	**Pflegegrad / Ergänzungen**
Zusätzliche Angaben:	

02	ANSPRECHPARTNER & VERSORGUNG
Bezugsperson 1 – Name:	**Tel.-Nr.:** _____ **Mobil:** _____
Bezugsperson 2 – Nam	**Tel.-Nr.:** _____ **Mobil:** _____
Ambulanter Pflegedienst:	**Ambulanter Hospizdienst/SAPV-Team:**
Weitere Ansprechpartner / Hinweise	

03	MEDIZINISCHE & RECHTLICHE ANGABEN
Infektionskrankheiten ☐ Nein ☐ Ja Welche? _____	**Tuberkulose** ☐ Nein ☐ Ja
Patientenverfügung vorhanden ☐ Nein ☐ Ja Wer?	**Vorsorgevollmacht vorhanden** ☐ Nein ☐ Ja Wer?
Gesetzlicher Betreuer ☐ Nein ☐ Ja Wer?	**Name / Kontaktdaten**
Weitere medizinische / organisatorische Hinweise	
Datum: _____	**Unterschrift/Stempel:** _____