

# PATIENTENANMELDUNG

Gerne können Sie uns die ausgefüllte Anmeldung per **Fax 030 365 099 29**  
oder **E-Mail sozialdienst@gemeinschaftshospiz.de** zusenden.

Datum

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Telefon
Straße, Nr.	PLZ Ort

## ERSTKONTAKT durch

Name	Telefon
------	---------

## DERZEITIGER AUFENTHALT

(Zuhause/Krankenhaus, Tel.Nr.)

## DIAGNOSE

Vorherrschende Symptomatik	Wahrnehmung
Psychische Situation	Ernährung
Mobilität	Kontinenz
Hilfsmittel (z. B. Matratze, Rollator)	

## KRANKENKASSE

Beihilfe  Ja, Prozent: \_\_\_\_  Nein      Zuzahlungsbefreiung  Ja  Nein

## ANGEHÖRIGE

Name	Telefon		
Ist Patient:in aufgeklärt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Patientenverfügung vorhanden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Vorsorgevollmacht vorhanden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Auf wen ausgestellt? Name	Telefon		
Gesetzliche Betreuung vorhanden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Betreuer:in, Name	Telefon		
Versorgung durch ambulanten Hospizdienst?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Name	Kontakt		

## ÄRZTE

(SAPV-Arzt, Hausarzt, Facharzt)