



Aufnahmebogen für das Hospiz zwischen Elbe und Weser:

Datum: _____ **Datum der Aufnahme:** _____

Nachname: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Meldeadresse: _____

Tel.-Nr. _____ **Angehörige:** _____ **Tel.-Nr:** _____

mom. Aufenthaltsort: _____ **Tel.-Nr:** _____

Kontaktpers.: _____

K.-Kasse: _____ **Tel.-Nr:** _____

Vers.-Nr.: _____

Diagnose: _____

begl. Symptome: _____

ist Pat. aufgeklärt? _____ **über Prognose?** _____ **Pat.-Verfügung vorh.?** _____

Hausarzt: _____ **Tel.-Nr:** _____

weitere Versorgung: _____

Palliative Versorgung bisher: _____

Wunsch, ins Hospiz zu ziehen? _____

Pflegestufe vorhanden? _____ **Stufe:** _____ **beantragt, wann:** _____

Hospizantrag gestellt? _____ **Wann?** _____

Hilfsmittel: _____

Weitere Informationen: _____



Das Hospiz
zwischen Elbe und Weser

Aufnahmekontakt: s.eckstein@hospiz-elbe-weser.de

Tel: 04761-9261124

Fax: 04761-9261199