

Anmeldung eines Pflegebedürftigen im Hospiz ADVENA

Angaben zum Pflegebedürftigen

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ KV-Nummer _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Anfrage

Datum _____ von wem? _____ Telefonnummer _____

Aufenthaltsort _____ voraussichtliche Entlassung _____

Angehöriger / Betreuer _____ Telefonnummer _____

Diagnose

Aktuelle Medikation

Momentaner Zustand

Aufnahme

Datum _____ Uhrzeit _____

Ärztliche Betreuung

Hausarzt _____ Facharzt _____

Wollen Sie in der Zeit bis zur Aufnahme ambulant betreut werden ?

- ja - nein - AHD - PND

Unterlagen liegen vor

- Antrag Hospizpflege - Antrag vollstationäre Pflege
- Arztbrief - Pflegeüberleitung - Pflegestufe welche? _____

Bearbeitung

Fragebögen ausgegeben an _____

Fragebögen angefordert von _____

- Antrag / Formulare an Krankenkasse übergeben

Kostenzusage: - mündl. - schriftl. Datum _____ von wem ? _____

Anfrageformular