



## Anmeldung im Hospiz St. Barbara

Kronberger Str. 7  
61440 Oberursel  
Tel.: 06171-27788-0  
Fax: 06171-2778899

### Angaben zum Gast / Bewohner

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigung:  ja  nein  beantragt      Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein  beantragt

Konfession: \_\_\_\_\_

### Angaben zu den Kontaktpersonen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-/Betreuungsverhältnis: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-/Betreuungsverhältnis: \_\_\_\_\_

SAPV:  ja  nein \_\_\_\_\_

Amb. Pflegedienst: \_\_\_\_\_ Amb. Hospizdienst: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten:  ja  nein \_\_\_\_\_

Patientenverfügung:  ja  nein      Vorsorgevollmacht:  ja  nein

Gesetzlicher Betreuer:  ja  nein

Anmeldender: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bearbeitung:	Freigabe am:	Änderungsstand:	Freigabe vom HL:	Seite
V	17.02.2014	07.02.2014		1 von 1