



Anlage zum Kostenübernahmeantrag für eine Aufnahme im stationären Hospiz

ANGABEN ZUR PERSON:

Frau / Herrn

geboren am

Anschrift:

.....

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Behandelnder Hausarzt:

Telefon: Fax:

E-Mail:

Diagnose:

.....

Erkrankung im Finalstadium Ja Nein

Begrenzte Lebenserwartung Ja Nein

Krankenhausaufenthalt erforderlich Ja Nein

Ist palliativ-medizinische Behandlung
erforderlich oder gewünscht Ja Nein

Ist eine ambulante Versorgung im
Haushalt oder in der Familie ausreichend Ja Nein

Ist eine teilstationäre Hospizversorgung ausreichend Ja Nein

Wichtig!

Wenn eine Aufnahme möglich ist, können wir Sie unter folgender Telefonnummer anrufen:

.....

Datum

Unterschrift des Arztes, Stempel