

**Hospiz St. Martinus****Fax:** 07391/5002920**E-Mail:** Kontakt@hospiz-st-martinus.de

1. Aufnahmedaten			
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, PLZ, Ort		Telefon	
Geburtsort	Familienstand		Staatsangehörigkeit
Beihilfe <input type="checkbox"/> Ja, ____ % <input type="checkbox"/> Nein	Konfession	Geschlecht	Geburtsname
2. Aufnahme erfolgt			
Aufnahmedatum: _____		Uhrzeit: _____	
		Zimmer Nr.: _____	
3. Gegenwärtiger Aufenthalt			
<input type="checkbox"/> Krankenhaus		<input type="checkbox"/> SAPV	
		<input type="checkbox"/> zu Hause	
4. Angehörige / Kontaktperson			
	Name, Vorname	Straße, PLZ Ort	Verwandtschaftsgrad
	Telefon		
①			
②			
Rechnung senden an (bei privat Versicherten): _____			
5. Betreuung / Vollmacht: <i>(Kopie beifügen) bei privat Versicherten nötig!</i>			
<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung: _____		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter: _____	
6. Pflegegrad			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____		<input type="checkbox"/> wird beantragt
7. Pflegekasse / Krankenkasse			
Name der Kasse _____		Ort _____	
Mitgliedsnummer _____		<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	
Es liegt eine Inkontinenzversorgung vor		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Befreiung der gesetzlichen Zuzahlungspflicht		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(Kopie beifügen)</i>	
8. Hausarzt			
Name, Anschrift: _____			
9. Wichtige Unterlagen <i>(sind dem Aufnahmeformular beizulegen)</i>			
<input type="checkbox"/> Betreuerausweis, Vollmacht		<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	
<input type="checkbox"/> Kostenzusage Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Hospizvertrag	
<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung Krankenkasse (Inkontinenzartikel)			

Ort, Datum

Unterschrift (Einrichtung) + Name in Druckschrift

Unterschrift (Bevollmächtigter/Betreuer) + Name in Druckschrift

Unterschrift (Kunde), Notwendig wenn kein Betreuer vorhanden!