

**Anwendungsbereich:** Geschäftsbereich Altenhilfe**Hospiz Johannes****Fax:** 07571/ 68973-20**E-Mail:** hospiz-johannes@st-elisabeth-stiftung.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
Einstufung		<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!