



Rhein-Wied Hospiz
Aubachstraße 53, 56567 Neuwied
Tel.: 02631-99968-0
Fax: 02631 99968-24

Anmeldebogen

Anfrage durch: Telefon:	Datum:		
----------------------------	--------	--	--

Name: Vorname: Geburtsdatum:	Hausarzt: Telefon: Facharzt: Telefon:
Adresse: Familienstand:	Krankenkasse: Versichertennummer: Beihilfe:
Wichtigste/r An-, Zugehörige/r: Name: Telefon, Mobil:	Gesetzlicher Betreuer: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Name: Telefon: Fax: Email:
Vorsorgevollmacht Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Name + Kontakt: Patientenverfügung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	SAPV Team: Hospiz Verein:



Rhein-Wied Hospiz
Aubachstraße 53, 56567 Neuwied
Tel.: 02631-99968-0
Fax: 02631 99968-24

Anmeldebogen

Ist der/die Patient / In, Bevollmächtigte / r über die weit fortgeschrittene, unheilbare Erkrankung aufgeklärt?

Ja Nein

Ist der/die Patient / In, Bevollmächtigte / r daüber aufgeklärt, dass ein Hospiz symptomkontrollierend und nicht mehr heilend arbeitet?

Ja Nein

Aktueller Aufenthaltsort:

Unterschrift/Datum:

Psychosoziale Aspekte (z.B. häusliche Situation, familiäre Besonderheiten, besondere Wünsche, etc):

Sonstiges/Bemerkungen: