



Anlage zum Kostenübernahmeantrag für Aufnahme im stationären Hospiz

Angaben zur Person:

Frau / Herrn

geboren am

Anschrift

Kranken-/Pflegekasse

Versicherten-Nr.:

Behandelnder Hausarzt:

Telefon und Fax Hausarzt:

Diagnose:

SAPV Versorgung Ja Nein

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

**Wenn eine Aufnahme möglich ist, können wir Sie unter folgender Telefonnummer
(Angehörige und Arzt!) anrufen:**

.....

Datum

.....
Unterschrift des Arztes, Stempel