



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

Begrenzte Lebenserwartung Ja Nein

(begrenzt auf wenige Monate!)

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

Betreuung in einem Pflegeheim möglich und
ausreichend Ja Nein

**Wenn eine Aufnahme möglich ist, können wir Sie unter folgender Telefonnummer
(WICHTIG: ANGEHÖRIGE und ARZT!) anrufen:**

.....

Datum

.....

Unterschrift des Arztes, Stempel