

Hospiz St. Vinzenz Pallotti
Vestische Str. 6, 46117 Oberhausen

Von der Hospizleitung / PDL auszufüllen:

Antrag Ärztliche Bescheinigung Kostenzusage KV / PV Aufnahme ok: _____
Datum / Handzeichen

Gast

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Aufenthalt z. Zt.: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Geb.: _____

Grunderkrankung / Therapie: _____

KV / PV: _____ KV-Nr.: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 oder beantragt am: _____

Von der Medikamentenzuzahlung befreit: Ja Nein

Hausarzt: _____ Tel.: _____

Hospizarzt gewünscht: Ja Nein bisheriger Hausarzt übernimmt die weitere Versorgung

Der Gast ist über das Hospiz informiert: Ja Nein

Angehörige

1. Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel. / Handy: _____

Beziehung zum Gast: _____

2. Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel. / Handy: _____

Beziehung zum Gast: _____

Sonstige Informationen:

Datum: _____

Unterschrift: _____