



Agaplesion Haus Samaria Hospiz gemeinnützige GmbH

**Bitte an Haus Samaria senden: > Fax: 0641-96063941
> info@haus-samaria-giessen.de**

Anmeldung Aufnahme Haus Samaria

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsname: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____ Mobil: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: _____ nein beantragt

Patientenverfügung vorhanden: Nein Ja

Vorsorgevollmacht vorhanden: Nein Ja Wer? _____

Gesetzlicher Betreuer: Nein Ja Tel.: _____

Name: _____ Anschrift: _____

Weitere Ansprechpartner/ Bezugsperson:

Name, Vorname: _____ Bezug: _____

Tel. Nr.: _____ Mobil: _____

Anschrift: _____

Spezialisierter ambulanter Palliativdienst (SAPV): _____

Hausarzt (Name/Ort/Telefonnr.): _____

Diagnose: _____

Infektionskrankheiten: Nein Ja Welche? _____

Antrag Hospizpflegebedürftigkeit an KK gefaxt? Ja Nein

Anmeldung

Name des Anmelders: _____

Tel. Nr.: _____ Fax: _____

Dringlichkeit der Aufnahme: Hoch Meldung erfolgt bei akutem Bedarf

Datum Anmeldung: _____