

**Agaplesion Haus Samaria Hospiz gemeinnützige GmbH**

**SHG FO Selbstauskunft**

**Selbstauskunft**  
**bei Aufnahme in das Haus Samaria Hospiz Gießen**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Bisheriger Hausarzt:**

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Soll dieser Hausarzt im Hospiz übernommen werden?** Ja  Nein

Gibt es einen gesetzlichen Betreuer? Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Wer soll der Ansprechpartner für uns sein?**

Name \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Wer soll im Notfall als erster von uns informiert werden?**

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Tag und Nacht** Ja  Nein

**Wer soll auch telefonisch Auskunft bekommen, der nicht zur Familie gehörig ist?**

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Agaplesion Haus Samaria Hospiz gemeinnützige GmbH**

**Gibt es Besucher die nicht willkommen sind?**

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

**Gibt es Vorlieben der Tagesbeschäftigung?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Möchten Sie noch etwas in eigener Sache hinzufügen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank,  
Ihr Hospiz-Team**