



Agaplesion Haus Samaria Hospiz gemeinnützige GmbH

**Bitte an Haus Samaria senden: > Fax: 0641/ 9606-3941
> info@haus-samaria-giessen.de**

Anmeldung Aufnahme Haus Samaria

Patientenname/Vorname: _____ Fam. Stand: _____

Geb. Ort _____ Nationalität: _____ Konfession: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsname: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Mobil: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Zuzahlung Befreiung: nein ja

Pflegegrad: _____ nein beantragt Beihilfe berechtigt: nein ja

Diagnose: _____

Infektionskrankheiten: nein ja Welche? _____

Patientenverfügung vorhanden: nein ja

Ansprechpartner/ Bevollmächtigter/Bezugsperson:

Name, Vorname: _____ Bezug: _____

Tel. Nr.: _____ Mobil: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Vorsorgevollmacht vorhanden: nein ja Wer? _____

Gesetzlicher Betreuer: nein ja Tel: _____

Name: _____ Straße: _____ PLZ Ort: _____

Spezialisierter ambulanter Palliativdienst (SAPV): _____

Hausarzt (Name/ Ort/ Telefon-Nr.): _____

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: _____