

Anmeldung Maja Fischer Hospiz

(Bitte zusammen mit einer Kopie der ärztl. Stellungnahme an das Hospiz weiterleiten)

Tel. 07367/92220- 164 FAX 07367/92220 - 298

Angaben zur angemeldeten Person:

Zuname:Geburtsdatum:

Vorname: ggf. Geburtsname:

Geburtsort:.....

Anschrift (Hauptwohnsitz): Land/Kreis:

..... Familienstand:.....

..... Staatangehörigkeit:.....

Telefon: Religion:

Kostenträger/ Krankenkasse

(Name der Kasse und Versicherungsnummer)

.....

Momentaner Aufenthaltsort:

.....

Rezeptgebührenbefreiung: ja nein

Beihilfeberechtigt: ja nein

Schwerbehindertenausweis: ja nein

Begutachtung/Pflegegrad

Grad 1 2 3 4 5

Antrag gestellt am:

Antragsteller:

General/Vorsorgevollmacht ja nein

Name des Bevollmächtigten:

Adresse:.....

Telefon:

(Bitte Kopie beifügen)

Patientenverfügung: ja nein

(Bitte Kopie beifügen)

Angehörige bzw. Bezugspersonen:

(Name, Anschrift, Telefonnr., Verwandtschaftsgrad)

1.

.....

.....

2.

.....

.....

3.

.....

.....

Rechnungsempfänger:

Hausarzt/Facharzt (bisher):

.....

.....

Gewünschter Hausarzt im Hospiz:

.....

.....

Hinweis zum Datenschutz:

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden im Falle des Zustandekommens eines Vertrages elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte geschieht nur unter der Maßgabe einer gesetzlichen Grundlage, Rechtsvorschrift oder persönlichen Einwilligung und zur Sicherung der Versorgung der uns anvertrauten Personen. Tritt kein Vertragsabschluss ein, werden die Unterlagen nach angemessener Zeit sach- und fachgerecht vernichtet.

Datum, Unterschrift:

.....