

## Anmeldung Hospiz

Tel. 07367 92220-164  
Fax 07367 92220-298  
Maja-fischer-hospiz@samariterstiftung.de  
Ebnater Hauptstr. 34, 73432 Aalen

### Angaben zur angemeldeten Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Familienstand:                      verheiratet              getrennt lebend              verwitwet              geschieden              ledig

### Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend)

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner\*in der Einrichtung + Telefon: \_\_\_\_\_

### Angehörige und Bezugspersonen

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche\*r Betreuer\*in / Bevollmächtigte\*r

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Betreuung              Vollmacht    **Bitte Kopie der Urkunde beilegen.**

**Rechnungsempfänger**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Kranken- und Pflegekasse**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_  
Ggf. Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad**

keine Einstufung      Einstufung in Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Antrag auf Pflegegrad ist gestellt      Antrag auf Höherstufung ist gestellt

**Bitte Kopie des Einstufungsbescheides beilegen!**

**Behandelnde\*r Arzt/Ärztin**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Facharzt/ärztin**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Ärztlicher Fragenbogen**      ist beigefügt      wird nachgereicht

**Patientenverfügung**

ja      nein      **Bitte Kopie der Urkunde beilegen!**

**Rezeptgebührenbefreiung**

ja      nein

**Beihilfeberechtigung**

ja      nein

**Ist eine Ernährungs- oder Schmerzpumpe bereits vorhanden?**

ja      nein

**Name Antragsteller\*in:** \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift, ggf. Stempel: \_\_\_\_\_

**Wie ist das weitere Verfahren?**

Sobald wir Ihre Anfrage gesichtet haben, nehmen wir Kontakt mit Ihnen auf, um das weitere Vorgehen und Ihre Fragen zu besprechen.

**Hinweis zum Datenschutz**

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und gespeichert. Tritt kein Vertragsabschluss ein, werden die Daten fristgerecht gelöscht. 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.