

Anmeldung Hospiz

Teil 1: Angaben für die Warteliste

Angaben zur angemeldeten Person

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend)

Name der Einrichtung: _____

Adresse: _____

Ansprechpartner(in) der Einrichtung, Telefon: _____

Sind die Aufnahmebedingungen nach § 39a SGB V erfüllt?

☐ ja ☐ nein

Hinweise zur Dringlichkeit der Aufnahme:

Angaben zur Kontaktperson (sofern erforderlich*)

Name, Vorname _____

Kontaktmöglichkeit (Telefon/ E-Mail): _____

Teil 2: Angaben zur Aufnahme

Persönliche Angaben zum Gast

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Familienstand*:

☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet ☐ geschieden ledig

* Freiwillige Angabe

Angehörige und Bezugspersonen

Vor- und Zuname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon*: _____

E-Mail: _____ Verwandtschaftsgrad*: _____

Vor- und Zuname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon*: _____

E-Mail: _____ Verwandtschaftsgrad*: _____

Gesetzliche(r) Betreuer(in)/ Bevollmächtigte(r)

Vor- und Zuname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon*: _____

E-Mail: _____

☐ Betreuung

☐ Vollmacht

Bitte Kopie der Urkunde beilegen!

Rechnungsempfänger

Vor- und Zuname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Kranken- und Pflegekasse

Bezeichnung: _____

Versicherungsnummer: _____

Ggf. Beihilfestelle: _____

* Freiwillige Angabe

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

Vor- und Zuname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Facharzt/-ärztin

Vor- und Zuname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Besteht aktuell das Hausarztmodell

☐ ja ☐ nein

Ärztlicher Fragebogen

☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht

Patientenverfügung

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

Rezeptgebührenbefreiung

☐ ja ☐ nein

Beihilfeberechtigt

☐ 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

Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, werden zum Zweck der Aufnahme, Betreuung und Pflege im Hospiz verarbeitet. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und gespeichert. Tritt kein Vertragsabschluss ein, werden die Daten innerhalb von 12 Monaten gelöscht.

Die Rechtsgrundlage hierfür ist die Einwilligung, die Erfüllung des Betreuungsvertrags und rechtliche Verpflichtungen. 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.

Sie haben das Recht, Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten, diese zu berichtigen, zu löschen oder die Verarbeitung einzuschränken. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten unter info@samariterstiftung.de.

Bitte beachten Sie die ausführlichen Datenschutzhinweise zur Erfüllung der gesetzlichen Informationspflichten nach § 17 DSGVO für Interessenten und Angehörige zur Aufnahme in unsere Warteliste und unser Hospiz