

Anfrage zur Aufnahme im Rheinhessen Hospiz

1. Personalien des Hospizgastes

Name: Vorname:
ggf. Geburtsname:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Familienstand: Konfession:
Straße: Hausnummer:
PLZ: Ort:
Telefon: Mobil:
Mail:

2. Krankenversicherung

Krankenkasse: Versicherten-Nr.
Beihilfe: ja nein Wenn ja mit % Personal-Nr.:
Beihilfestelle:
Zuzahlungsbefreiung: ja nein

3. Pflegeversicherung

Pflegegrad vorhanden: ja nein beantragt
Pflegegrad: I II III IV V Höherstufung beantragt: ja nein

4. Patientenverfügung

Patientenverfügung vorhanden: ja nein

5. Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht vorhanden: ja nein
Wenn ja, Personalien der bevollmächtigten Person:
Name, Vorname:
Straße / Hausnr.:
PLZ / Ort:
Telefon: Mobil:
Email:

Welche Lebensbereiche umfasst die Vorsorgevollmacht:

Aufenthaltsbestimmung **Gesundheitsfürsorge** **Vermögensfürsorge**
Postangelegenheiten

6. Gesetzliche Betreuung

Gesetzliche Betreuung vorhanden: ja nein

Wenn ja, Personalien des gesetzlichen Betreuers / der gesetzlichen Betreuerin:

Name, Vorname:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefon: **Mobil:**

Email:

Welche Aufgabenbereiche umfasst die gesetzliche Betreuung:

Aufenthaltsbestimmung **Gesundheitsfürsorge** **Vermögensfürsorge**
Postangelegenheiten

7. Zugehörige

Zugehörige*r 1 Name, Vorname:

Beziehung zur angefragten Person:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefon: **Mobil:**

Email:

Zugehörige*r 2 Name, Vorname:

Beziehung zur angefragten Person:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefon: **Mobil:**

Email:

8. Hausarzt / Hausärztin

Name:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefon: **Email:**

9. Facharzt / Fachärztin (wenn vorhanden)

Fachrichtung:
Name:
Straße / Hausnr.:
PLZ / Ort:
Telefon: Email:

10. Weitere Ärzte (wenn vorhanden)

Fachrichtung:
Name:
Straße / Hausnr.:
PLZ / Ort:
Telefon: Email:

11. Derzeitige pflegerische / medizinische Versorgung

SAPV-Team: Ansprechpartner*in:
Straße / Hausnr.:
PLZ / Ort:
Telefon: Email:

Ambulanter Pflegedienst: Ansprechpartner*in:
Straße / Hausnr.:
PLZ / Ort:
Telefon: Email:

12. Anfrage an andere Hospize

Anfrage an weitere Hospize ist gestellt: ja nein

Wenn ja, an welche:

13. Gewünschter Aufnahmetermin

Datum:

14. Datenschutzerklärung

Ich stimme zu, dass meine Angaben aus diesem Formular zur Bearbeitung meiner Anfrage erhoben und bearbeitet werden. Die Daten werden nach abgeschlossener Bearbeitung meiner Anfrage vernichtet.

Sie können jederzeit diese Zustimmung per Mail info@rheinessen-hospiz.drk-rlp.de widerrufen.

Ort, Datum:

Unterschrift:
(Hospizgast bzw. Bevollmächtigte*r)