

Behandlungsübernahme Hausarzt

Hospizgast

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit erkläre ich die hausärztliche Behandlungsübernahme des oben genannten Hospizgastes während seines Aufenthaltes im DRK Rheinhessen Hospiz. Dies beinhaltet auch bei Bedarf Hausbesuche im Rheinhessen Hospiz.

Für spezielle palliativmedizinische Fragestellungen steht mir und dem Hospiz der mit dem DRK Rheinhessen Hospiz kooperierende Palliativmediziner beratend zur Seite.

Name der Hausarztpraxis:

Adresse der Hausarztpraxis:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt / Hausärztin