



## Anlage zum Kostenübernahmeantrag für Aufnahme im stationären Hospiz

Angaben zur Person:

Frau / Herrn .....

geboren am .....

Anschrift .....

Kranken-/Pflegekasse .....

Versicherten-Nr.: .....

Behandelnder Hausarzt: .....

Telefon und Fax Hausarzt : .....

Diagnose: .....

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Erkrankung im Finalstadium  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Begrenzte Lebenserwartung   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krankenhausaufenthalt erforderlich  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist palliativ-medizinische Behandlung erforderlich oder gewünscht         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie ausreichend | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist eine teilstationäre Hospizversorgung ausreichend                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Wichtig!!!! Wenn eine Aufnahme möglich ist, können wir Sie unter folgender Telefonnummer anrufen**

.....

Datum .....

Unterschrift des Arztes, Stempel