

Aufnahmeantrag

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Religion: _____

Bisheriger Wohnort: _____

Momentaner Aufenthaltsort: _____

• Diagnosen: _____

Krankenkasse: _____

Pflegegrad: _____ Seit wann: _____

• Hausarzt: _____ Telefonnummer: _____

Momentan betreuender Arzt: _____

• Angehörige:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

• Betreuung/General- und Vorsorgevollmacht:

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Patientenverfügung: ja nein

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/Bevollmächtigter: _____

Horizont – Ökumenisches Hospiz- und Palliativzentrum im Landkreis Konstanz gemeinnützige GmbH

Hospiz Horizont

Hegastraße 29

78224 Singen

Telefon : 07731-969 70 700 Fax: 07731-969 70 749

E-Mail: mail@hospiz-horizont.info

Website: www.horizont-hospizzentrum.de