

Bitte als Ergänzung zum Hospizbestätigungsbogen ausfüllen!

**Informationen für die aufnehmenden Hospize**

**Datum :**

**Für Frau/Herrn:** \_\_\_\_\_

**1. Aktueller Aufenthaltsort** \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**2. Geplante Veränderungen/Verlegungen/Entlassung** \_\_\_\_\_

**3. Angehörige/Ansprechpartner**

Name	
Verwandtschaftsgrad/Bezug	
Telefonnummern	Festnetz:
	Mobil:
Anschrift	Straße:
	Ort:

**4. In welchem Umfang ist vorgenannte Person über ihre Situation (Erkrankung) informiert?**

Voll informiert

Einverstanden mit Hospizversorgung

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Besteht bereits eine ambulante onkologische Versorgung oder SAPV?** ja  nein

Wenn ja, durch welchen Arzt bzw. Praxis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Anlage wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_