



**HOSPIZGEMEINSCHAFT *ARCHE NOAH* Hochtaunus**  
zur Begleitung Sterbender und Lebensbeistand e.V.

**Hospiz Arche Noah**  
Brunhildestr. 14  
61389 Schmitten-Niederreifenberg  
Telefon: 06082 / 9248 0  
Telefax: 06082 / 9248 33 oder 06082/9248 48  
E-Mail: info@hospizgemeinschaft-arche-noah.de  
Internet: www.hospizgemeinschaft-arche-noah.de

**An Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**z.H.** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Datum/Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

### Ärztliches Attest zur Hospizaufnahme

|                                    |  |            |  |
|------------------------------------|--|------------|--|
| Name:                              |  | Vorname:   |  |
| Geb.Datum:                         |  | Vers.-Nr.: |  |
| Straße:                            |  | PLZ/Ort:   |  |
| Diagnose:                          |  |            |  |
|                                    |  |            |  |
| Akuter Krankheitszustand:          |  |            |  |
|                                    |  |            |  |
| Begründung für die Hospizaufnahme: |  |            |  |
|                                    |  |            |  |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Behandelnder Arzt/ Telefon-Nr.

(Stand 01.02.2005)