

# Anmeldung im Hospiz Arche Noah



Brunhildestr. 14  
61389 Schmitt-Niederreifenberg  
**Tel:** 06082 / 9248 0 **Fax:** 06082 / 9248 -48 oder -33  
**E-Mail:** leitung@hospizgemeinschaft-arche-noah.de  
**Internet:** www.hospizgemeinschaft-arche-noah.de  
**Ihre Ansprechpartner:** Fr. Kolb & Fr. Olbrisch-Korn

## Angaben zum Gast / Bewohner

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigung:  ja  nein  beantragt      Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein  beantragt

## Angaben zu den Kontaktpersonen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Betreuungsverhältnis: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/Betreuungsverhältnis: \_\_\_\_\_

SAPV:  ja  nein \_\_\_\_\_

Amb. Pflegedienst: \_\_\_\_\_ Amb. Hospizdienst: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten:  ja  nein \_\_\_\_\_

Patientenverfügung:  ja  nein      Vorsorgevollmacht:  ja  nein

Gesetzlicher Betreuer:  ja  nein

Sterbeversicherung:  ja  nein \_\_\_\_\_

Anmeldender: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_