



## 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  Ja  Nein

Begrenzte Lebenserwartung  Ja  Nein

Krankenhausaufenthalt erforderlich  Ja  Nein

Ist palliativ-medizinische Behandlung  
erforderlich oder gewünscht  Ja  Nein

Ist eine ambulante Versorgung im  
Haushalt oder in der Familie ausreichend  Ja  Nein

Ist eine teilstationäre Hospizversorgung  
ausreichend  Ja  Nein

**Wenn eine Aufnahme möglich ist, können wir Sie unter folgender Telefonnummer  
(Angehörige und Arzt!) anrufen:**

.....

Datum .....

.....

Unterschrift des Arztes, Stempel