



## Anmeldung Odenwald Hospiz

OH Odenwald  
Hospiz gGmbH

### Gast

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

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

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

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegeeinstufung: Ja  Welcher Pflegegrad? \_\_\_\_\_ Nein  beantragt

### Ansprechpartner/Bezugspersonen

Name: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Amb. Pflegedienst \_\_\_\_\_

Amb. Hospizdienst \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Tuberkulose: Nein  Ja

Patientenverfügung vorhanden: Nein  Ja

Vorsorgevollmacht vorhanden: Nein  Ja  Wer? \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: Nein  Ja  Name/Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Datum/Anmelder: \_\_\_\_\_