

## Anmeldung Hospiz

### Maja-Fischer-Hosiz

Tel: 07367 92220-164/ Fax: 07367 92220-298

Email: [maja-fischer-hospiz@samariterstiftung.de](mailto:maja-fischer-hospiz@samariterstiftung.de)

Ebnater Hauptstr.34, 73432 Aalen

#### Angaben zur angemeldeten Person:

Name, Vorname .....

Straße, .Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Ggf. Geburtsname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Konfession: .....

Familienstand:  verheiratet  getrennt lebend  verwitwet  geschieden  ledig

#### Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend)

Name der Einrichtung: .....

Adresse: .....

Ansprechpartner(in) der Einrichtung, Telefon: .....

#### Angehörige und Bezugspersonen

1. Vor- und Zuname: .....

Straße, Hs.-Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Mobiltelefon: .....

E-Mail: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

2. Vor- und Zuname: .....

Straße, Hs.-Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Mobiltelefon: .....

E-Mail: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

#### Gesetzliche(r) Betreuer(in)/ Bevollmächtigte(r)

Vor- und Zuname: .....

Straße, Hs.-Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Mobiltelefon: .....

E-Mail: .....

Betreuung  Vollmacht **Bitte Kopie der Urkunde beilegen!**

#### Rechnungsempfänger

Name, Vorname .....

Adresse: .....

.....  
**Kranken- und Pflegekasse**

Bezeichnung: .....

Versicherungsnummer: .....

Ggf. Beihilfestelle: .....

**Pflegegrad**

keine Einstufung     Einstufung in Pflegegrad:

Antrag auf Pflegegrad ist gestellt     Antrag auf Höherstufung ist gestellt

**Bitte Kopie des Einstufungsbescheides beilegen!**

**Behandelnde(r) Arzt/Ärztin**

Vor- und Zuname: .....

Straße, Hs.-Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

**Facharzt/-ärztin**

Vor- und Zuname: .....

Straße, Hs.-Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

**Besteht aktuell das  
Hausarztmodell?**

ja     nein

**Patientenverfügung**

ja     nein **Bitte Kopie der Urkunde beilegen!**

**Rezeptgebührenbefreiung**

ja     nein

**Beihilfeberechtigt**

ja     nein

**Ist eine Ernährungs- oder Schmerzpumpe  
bereits vorhanden?**

ja     nein

**Name**

**Antragsteller(in):** .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift, ggf. Stempel .....

**Wie ist das weitere Verfahren?**

Sobald wir Ihre Anfrage gesichtet haben, nehmen wir Kontakt mit Ihnen auf, um das weitere Vorgehen und Ihre Fragen zu besprechen:

**Hinweis zum Datenschutz**

Die erhobenen personenbezogenen Daten elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und gespeichert. Tritt kein Vertragsabschluss ein, werden die Daten fristgerecht gelöscht.

Eine Weitergabe an Dritte geschieht nur unter der Maßgabe einer gesetzlichen Grundlage, Rechtsvorschrift oder persönlichen Einwilligung und zur Sicherung der Versorgung der uns anvertrauten Personen.