



AUFNAHMEANTRAG

Hospiz Kassel

Konrad-Adenauer-Straße 1 • 34131 Kassel
Telefon 0561 – 31 69 765 • FAX 0561 – 31 69 767

Mail: leitung@hospizkassel-gesundbrunnen.org • Internet: www.hospizkassel-gesundbrunnen.org

Hiermit bitte ich um Aufnahme in vollstationäre Palliativpflege im Hospiz Kassel.

Hinsichtlich meiner persönlichen Verhältnisse mache ich folgende Angaben:

Allgemeines:

Eine Aufnahme ist erforderlich ab: _____ bzw. nach Absprache

Persönliche Informationen:

Name _____

Ehemaliger Beruf _____

Geburtsname _____

Familienstand _____

Vorname _____

Letzte Eheschließung am _____

Geburtsdatum _____

Verwitwet / geschieden seit _____

Geburtsort _____

Ehegatte: _____
Name und Geb. Datum (auch wenn verstorben)

Aktuelle Anschrift _____

Beruf _____

Kinder _____
Zahl, Namen

Telefon _____

Konfession _____

Zuständige _____

Kirchengemeinde _____

Staatsangehörigkeit _____

Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad _____ seit _____
Wir bitten um eine Kopie des Bescheides!

Kranken- / Pflegekasse (Anschrift und Tel.) _____

Hausarzt: (Anschrift und Tel.) _____

Ich bin von Zuzahlungen für das laufende
Kalenderjahr befreit: ja
 nein





AUFNAHMEANTRAG

Die nächsten Angehörigen / der amtlich bestellte Betreuer:

(Wer ist im Krankheits- oder Todesfall zu benachrichtigen:)

1) _____

Name

Adresse

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

2) _____

Name

Adresse

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

Finanzierung des Hospizaufenthaltes:

Die Aufenthaltskosten werden aufgebracht durch:

meine Kranken- und Pflegekasse gem. § 39 a I SGB V

mich selbst aufgrund meiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei _____

Unterschrift:

Datum _____

Unterschrift

Interessent/in

Kostenübernahme-Erklärung

Ich erkläre, dass die Aufenthaltskosten von mir ausgeglichen werden,
soweit sie nicht von dem von mir oben genannten Kostenträger (*siehe oben*)
übernommen werden.

Bitte vollständig ausfüllen!

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____

Datum _____

Verhältnis zur Interessentin /
zum Interessenten:

Interessent/in Tochter Sohn

Ehepartner Amtlich bestellter Betreuer

Unterschrift _____

