

## Anfrage zur Aufnahme im Rheinhessen Hospiz

### 1. Personalien des Hospizgastes

Name: ..... Vorname: .....  
ggf. Geburtsname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
Familienstand: ..... Konfession: .....  
Straße: ..... Hausnummer: .....  
PLZ: ..... Ort: .....  
Telefon: ..... Mobil: .....  
Mail: .....

### 2. Krankenversicherung

Krankenkasse: ..... Versicherten-Nr. ....  
Beihilfe:  ja  nein Wenn ja mit .... % Personal-Nr.: .....  
Beihilfestelle: .....  
Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein

### 3. Pflegeversicherung

Pflegegrad vorhanden:  ja  nein  beantragt  
Pflegegrad: I  II  III  IV  V  Höherstufung beantragt:  ja  nein

### 4. Patientenverfügung

Patientenverfügung vorhanden:  ja  nein

### 5. Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht vorhanden:  ja  nein  
Wenn ja, Personalien der bevollmächtigten Person:  
Name, Vorname: .....  
Straße / Hausnr.: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon: ..... Mobil: .....  
Email: .....

**Welche Lebensbereiche umfasst die Vorsorgevollmacht:**

Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  Vermögensfürsorge   
Postangelegenheiten

**6. Gesetzliche Betreuung**

Gesetzliche Betreuung vorhanden:  ja  nein

Wenn ja, Personalien des gesetzlichen Betreuers / der gesetzlichen Betreuerin:

Name, Vorname: .....

Straße / Hausnr.: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Email: .....

**Welche Aufgabenbereiche umfasst die gesetzliche Betreuung:**

Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  Vermögensfürsorge   
Postangelegenheiten

**7. Zugehörige**

Zugehörige\*r 1 Name, Vorname: .....

Beziehung zur angefragten Person: .....

Straße / Hausnr.: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Email: .....

Zugehörige\*r 2 Name, Vorname: .....

Beziehung zur angefragten Person: .....

Straße / Hausnr.: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Email: .....

**8. Hausarzt / Hausärztin**

Name: .....

Straße / Hausnr.: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: ..... Email: .....

**9. Facharzt / Fachärztin (wenn vorhanden)**

Fachrichtung: .....  
Name: .....  
Straße / Hausnr.: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon: ..... Email: .....

**10. Weitere Ärzte (wenn vorhanden)**

Fachrichtung: .....  
Name: .....  
Straße / Hausnr.: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon: ..... Email: .....

**11. Derzeitige pflegerische / medizinische Versorgung**

SAPV-Team: ..... Ansprechpartner\*in: .....  
Straße / Hausnr.: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon: ..... Email: .....

Ambulanter Pflegedienst: ..... Ansprechpartner\*in: .....  
Straße / Hausnr.: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon: ..... Email: .....

**12. Anfrage an andere Hospize**

Anfrage an weitere Hospize ist gestellt:  ja  nein

Wenn ja, an welche: .....

**13. Gewünschter Aufnahmetermin**

Datum: .....

**14. Datenschutzerklärung**

Ich stimme zu, dass meine Angaben aus diesem Formular zur Bearbeitung meiner Anfrage erhoben und bearbeitet werden. Die Daten werden nach abgeschlossener Bearbeitung meiner Anfrage vernichtet.

Sie können jederzeit diese Zustimmung per Mail [info@rheinessen-hospiz.drk-rlp.de](mailto:info@rheinessen-hospiz.drk-rlp.de) widerrufen.

**Ort, Datum:** .....

**Unterschrift:** .....  
(Hospizgast bzw. Bevollmächtigte\*r)

**Unsere Kontaktdaten:**

*Telefon: 06735 2069 60*

*Fax: 06735 20696 19*

*Mail: [info@rheinessen-hospiz.drk-rlp.de](mailto:info@rheinessen-hospiz.drk-rlp.de)*