

## Aufnahmeantrag

---

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Bisheriger Wohnort: \_\_\_\_\_

Momentaner Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

• Diagnosen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Seit wann: \_\_\_\_\_

• Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Momentan betreuender Arzt: \_\_\_\_\_

• Angehörige:

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

• Betreuung/General- und Vorsorgevollmacht:

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung: ja  nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

---

Horizont – Ökumenisches Hospiz- und Palliativzentrum im Landkreis Konstanz gemeinnützige GmbH

Hospiz Horizont

Hegastraße 29

78224 Singen

Telefon : 07731-969 70 700 Fax: 07731-969 70 749

E-Mail: mail@hospiz-horizont.info

Website: www.horizont-hospizzentrum.de