

# KLINIKEN ERLABRUNN gGmbH

ERLABRUNN · AM MÄRZENBERG 1 A

08359 Breitenbrunn

„Akademisches Ausbildungs Krankenhaus für die  
Medizinische Fakultät der Masaryk Universität in Brno“



Erzgebirgs Hospiz Erlabrunn · Am Märzenberg 1 · 08359 Breitenbrunn  
Telefon: 03773 6 – 1671    Telefax: 03773 6 – 1672    IK: 511 450 234

## Voranmeldung und Aufnahme ins Erzgebirgs Hospiz Erlabrunn

### 1. Voranmeldung

1.1. Angaben zur /zum Pflegebedürftigen

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

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

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt, Institution, Station: \_\_\_\_\_

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

Anmeldung erfolgt durch: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose / relevante Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

Pflegestufe  0  I  II  III  III Härtefall    keine, aber beantragt am: \_\_\_\_\_

### Erforderliche Unterlagen:

#### a) Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

liegt vor                       wurde übergeben                       wird nachgereicht

**vorhanden sind:**                      Patientenverfügung                      Ja     Nein

Betreuungsvollmacht                      Ja     Nein

Zuzahlungsbefreiung                      Ja     Nein  (*wenn ja → Kopie*)

\_\_\_\_\_  
Datum der Anmeldung

\_\_\_\_\_  
Entgegennahme der Voranmeldung durch:

## 2. Aufnahme – (Daten werden vom Hospiz ergänzt)

**Aufnahmetag:** \_\_\_\_\_ **Aufnahmezeit:** \_\_\_\_\_

**Geburtsname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Fam.-Stand:** led./verh./gesch./verw./getr. lebend

**Kirche:** evang./kathol./sonst/ohne

**Nächster Angehöriger (Anschrift / Telefon):** \_\_\_\_\_

**Auskünfte:**  ja  nein

**bisherige Hausarzt:** \_\_\_\_\_