



**Stationäres**  
**HOSPIZ AGATHE STREICHER gGmbH**  
 Lichtensteinstraße 14/2  
 89075 Ulm  
 Tel.: 0731-509733-31  
 Fax: 0731-509733-32

**ANMELDUNG am:** .....

**1. Personalien:**

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Geb.-Datum: .....  
 Straße, Nr.: .....  
 PLZ, Ort: .....  
 Tel.-Nr.: .....

**2. Krankenkasse:**

**Gesetzlich:** .....

**KV-Nr.:** .....

Pflegegrad:  nein  ja, PG: .....

beantragt am: .....

**Privat:** .....

**KV-Nr.** .....

**Beihilfe:** .....

**3. Diagnosen:** .....

.....  
 .....  
 .....

**Schmerztherapie:**  nein  
 ja, welche:  
 .....  
 .....

**Zugänge / Ableitungen / Besonderheiten:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Unterschrift Patientin/Patient bzw. bevollmächtigte Person:**

.....  
 .....

**6. Kommunikation:**

Sprache:  ja  nein  
 Verständigung möglich:  ja  nein

**7. Orientierung:** ja teilweise nein  
 zeitliche     
 örtlich     
 zur Person

**8. Körperliche Verfassung:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**9. Hausarzt**

.....  
 .....

**10. SAPV**  ja  nein

**SAPV-Arzt:** .....

**11. Angehörige / Ansprechperson:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**12. Soziales Umfeld:**

.....  
 .....  
 .....

**13. Anmeldung von Praxis / Krankenhaus:**

.....  
 .....  
 .....

Station: .....

Behandelnde/r Ärztin/Arzt:

.....

**Unterschrift Einweisende:**

.....  
 .....