
Name, Vorname

geboren am

Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt auszufüllen und zu bestätigen.

vorgesehene Aufnahme am: _____

genaue Angaben zum Aufenthaltsort des Versicherten zum Termin der Antragstellung

Diagnose mit Krankheitsprägung

Begründung der Aufnahme:

Finalpflege: ja nein

Bei „ja“ Aussage zum palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang die Möglichkeiten von Laienhelfern in der Häuslichkeit?

ja nein

Datum

Stempel / Unterschrift / Telefonnummer des Arztes