

## Registration for admission to the inpatient hospice

### Anmeldung zur Aufnahme ins Stationäre Hospiz

الطلب تاريخ: <i>Datum der Anfrage:</i> الوقت: <i>Uhrzeit:</i>	
المحضر ة/مسجل: <i>Protokollant*in:</i>	
المتصل؟ من <i>Wer fragt an?</i>	
الاتصال طرق: <i>Kontaktmöglichkeiten:</i> (المحمول الهاتف، الإلكتروني البريد، الهاتف) <i>(Tel., E-Mail, Handy)</i>	
العلاقة/القرابة درجة: <i>Verwandtschaftsgrad/ Beziehung:</i>	
المريضة/المريض اسم: <i>Name Patient*in:</i>	
الميلاد تاريخ: <i>Geburtsdatum:</i>	
في حاليًا يقيم: <i>Zurzeit Aufenthalt in:</i>	
الصحي التأمين شركة: <i>Krankenkasse:</i>	
الأسرة طبيب: <i>Hausarzt*in:</i> ة/المعالج الطبية/الطبيب: <i>behandelnde*r Arzt*in:</i>	
التشخيصات: <i>Diagnosen:</i>	
المشكلة: <i>Problem:</i>	
المكان: <i>Verbleib:</i>	حاد <input type="checkbox"/> الأمد طويل <input type="checkbox"/>