

Inscription pour l'admission à l'hospice stationnaire

Anmeldung zur Aufnahme ins Stationäre Hospiz

Date de la demande: <i>Datum der Anfrage:</i> Heure: <i>Uhrzeit:</i>	
Secrétaire: <i>Protokollant*in:</i>	
Qui pose la question ? <i>Wer fragt an?</i>	
Possibilités de contact: <i>Kontaktmöglichkeiten:</i> (Téléphone, e-mail, portable) <i>(Tel.: E-Mail, Handy)</i>	
Degré de parenté/ Relation: <i>Verwandtschaftsgrad/ Beziehung:</i>	
Nom du patient: <i>Name Patient*in:</i>	
Date de naissance: <i>Geburtsdatum:</i>	
Séjour actuel à: <i>Zurzeit Aufenthalt in:</i>	
Caisse d'assurance maladie: <i>Krankenkasse:</i>	
Médecin traitant: <i>Hausarzt*in/ behandelnde*r Arzt*in:</i>	
Les diagnostics: <i>Diagnosen:</i>	
Problème: <i>Problem:</i>	
Rester: <i>Verbleib:</i>	aigu <input type="checkbox"/> long-terme <input type="checkbox"/>