

Richiesta di ricovero nell'hospice stazionario

Anmeldung zur Aufnahme ins Stationäre Hospiz

Data della richiesta: <i>Datum der Anfrage:</i> Hora: <i>Uhrzeit:</i>	
Segretario*Segretaria: <i>Protokollant*in:</i>	
Chi fa la richiesta? <i>Wer fragt an?</i>	
Possibilità di contatto: <i>Kontaktmöglichkeiten:</i> (telefono, e-mail, cellulare) <i>(Tel.: E-Mail, Handy)</i>	
Grado di parentela/ relazione: <i>Verwandtschaftsgrad/ Beziehung:</i>	
Nome paziente: <i>Name Patient*in:</i>	
data di nascita: <i>Geburtsdatum:</i>	
Soggiorno attuale a: <i>Zurzeit Aufenthalt in:</i>	
Assicurazione sanitaria: <i>Krankenkasse:</i>	
Medico di famiglia/ Medico curante: <i>Hausarzt*in/ behandelnde*r Arzt*in:</i>	
Diagnosi: <i>Diagnosen:</i>	
Problema: <i>Problem:</i>	
Stato: <i>Status:</i>	acuto <input type="checkbox"/> lungo termine <input type="checkbox"/>