

Регистрация для приема в стационарный хоспис

Anmeldung zur Aufnahme ins Stationäre Hospiz

Дата запроса: <i>Datum der Anfrage:</i> Время: <i>Uhrzeit:</i>	
секретарь: <i>Protokollant*in:</i>	
Кто задает вопрос? <i>Wer fragt an?</i>	
Контактная информация: <i>Kontaktmöglichkeiten:</i> (Телефон, электронная почта, мобильный телефон) <i>(Tel.: E-Mail, Handy)</i>	
Степень родства/ отношения: <i>Verwandtschaftsgrad/ Beziehung:</i>	
Имя пациента: <i>Name Patient*in:</i>	
дата рождения: <i>Geburtsdatum:</i>	
В настоящее время проживает в: <i>Zurzeit Aufenthalt in:</i>	
медицинская страховка: <i>Krankenkasse:</i>	
Семейный врач/ лечащий врач: <i>Hausarzt*in/ behandelnde*r Arzt*in:</i>	
диагностика: <i>Diagnosen:</i>	
проблема: <i>Problem:</i>	
статус: <i>Status:</i>	острый <input type="checkbox"/> длительный <input type="checkbox"/>