

Anmeldung Hospiz Bern

Personalien und allgemeine Angaben

Familienname

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon/Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Zivilstand

AHV-Nummer

Krankenkasse

Bezugsperson

Familienname

Vorname

Telefon/Mobil

E-Mail

Beziehung zu Patient:in

Zuweisender Arzt/Ärztin

Name

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Grund der Anmeldung / Aktuelle Situation

- ☐ Patient:in ist über die Anmeldung informiert und damit einverstanden
- ☐ Angehörige sind über die Anmeldung informiert

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass

- alle Angaben korrekt sind
- dieses Dokument Bestandteil des Betreuungsvertrages ist, und Sie die Regelungen zum Datenschutz akzeptieren

Ort, Datum

Patient:in

oder

bevollmächtigte Person
