



# Personalienblatt Patient /Patientin

## Tageshospiz (provisorische Anmeldung)

<b>Durch Verantwortliche Tageshospiz HOZS auszufüllen</b>			
Aufnehmende Person:	_____	Aufenthaltsart	
Eintritt am:	_____	<input type="checkbox"/> Tageshospiz/Wochentage	
Uhrzeit	_____		
Zuweiser/kommend von:	_____	Austritt am:	nach: _____

### 1. Personalien und allgemeine Angaben

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Heimatort (Kanton/ Land)
Konfession	Zivilstand
Kontaktperson	
AHV-Nr. (neue 756. ....)	Zuletzt ausgeübter Beruf
Wohnort/ PLZ	Steuerort / gesetzlicher Wohnort )
Strasse/ Nummer	Festnetznummer: Handynummer:
Patientenverfügung vorhanden?	Bevollmächtigte Personen mit Adresse
Vorsorgeauftrag vorhanden?	Bevollmächtigte Personen mit Adresse
Mitglied bei einer Freitodorganisation? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bei welcher Organisation?

## 2. Zuständige Kontaktpersonen

Sie sind unsere Ansprechperson für alle Anliegen (Gesundheit, Organisatorisches etc.)

Familiennamen		Vorname	
Adresse		Wohnort	
Festnetznummer:		E-Mail	
Handynummer:			
Art des Bezugsverhältnisses			
Kontaktieren bei:	<input type="checkbox"/> Verschlechterung	<input type="checkbox"/> Auch nachts	<input type="checkbox"/> Wenn verstorben

Name und Adresse der bevollmächtigten Person oder des Beistands	
Name	Vorname
Adresse	Wohnort
Telefonnummer:	E-Mail

## 3. Weitere Angehörige und Bezugspersonen

Sie sind berechtigt, Auskunft über Allgemeinzustand zu erhalten- auch telefonisch

Name, Vorname und Adresse von Bezugspersonen / Verwandtschaftsgrad	Bitte kontaktieren	Telefonnr. (G / P / M)
1)	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt <input type="checkbox"/> Bei Verschlechterung	
2)	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt <input type="checkbox"/> Bei Verschlechterung	

## 4. Ärztliche Betreuung und weitere Leistungserbringer

Arzt 1 (Name, Vorname)	
Adresse	
Telefonnr.	Handynummer (bei Betreuung im Hospiz)
E-Mail	

Arzt 2 (Name, Vorname)	
Adresse	
Telefonnr.	Handynummer (bei Betreuung im Hospiz)
E-Mail	

Therapeut, Apotheke, Stomaberatung etc. (Name, Vorname)	
Adresse	
Telefonnr.	Handynummer (bei Betreuung im Hospiz)
E-Mail (bei Betreuung im Hospiz)	

## 5. Rechnungsadresse

<input type="checkbox"/> Rechnung geht an Adresse Patient (siehe 1. Personalien) <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger, bitte Adresse folgend angeben:	
Name	Vorname
Adresse	Wohnort
Telefonnr.	E-Mail

## 6. Versicherungen

Die Pflegekosten während des Aufenthalts gehen zu Lasten meiner:	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> .....
Name der Krankenkasse	Sektion / Ort und PLZ
Versicherungsnummer	
Kartenummer und Ablaufdatum:	
Verfügen Sie über eine Zusatzversicherung für alternative Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Zusatzversicherung mit Versicherungsnummer, Kartenummer und Ablaufdatum	

Verfügen Sie über eine:			
<input type="checkbox"/> AHV	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> EL (Ergänzungsleistung)	<input type="checkbox"/> HL (Hilflosenentschädigung)

### 7. Andere wichtige Kontakte (Beratungsstellen, Anwälte, Soz. Dienste etc.)

Name	Vorname
Adresse	Wohnort
Telefonnr.	E-Mail

### 8. Vereinbarungen zum Aufenthalt

Wünschen Sie einen Fernseher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Abmachungen (z.B. Gespräche mit Fachpersonen)		

### 9. Bankverbindung

Name der Bank	Filiale in
Kontoinhaber	Beziehung zum Patienten
IBAN Nr. / PC Kontonr.	

### 10. Spezifische Wünsche

.....

.....

.....

.....

## 11. Informationen und Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- die Angaben in diesem Formular korrekt sind und Ihren Wünschen entsprechen
- sie wissen, dass dieses Dokument Bestandteil des Betreuungsvertrages ist und dass sie die Regelungen zum Datenschutz im Betreuungsvertrag akzeptieren.

Luzern, den .....

Patient/in: .....

oder .....

bevollmächtigte Person: .....