

.....
Name, Vorname

.....
geboren am:



IK Nr.: 511 307 592

Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt
auszufüllen und zu bestätigen.

vorgesehene Aufnahme am:

Schloss Bernstorf gGmbH
Am Schloss 5
23936 Bernstorf
Telefon: 03881 / 755 18-0
Telefax: 03881 / 755 18-620

genaue Angaben zum **Aufenthaltort des Versicherten** zum Zeitpunkt der Antragsstellung:

.....
.....

Diagnose mit Krankheitsausprägung:

.....
.....
.....
.....

Begründung der Aufnahme: Finalpflege: Ja Nein

Bei „ja“, Aussage zu palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf

.....
.....
.....
.....

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang die Möglichkeiten von Laienhelfern in der Häuslichkeit?

Ja Nein

.....
Datum

.....
Stempel / Unterschrift / Telefonnummer des Arztes