

# Anmeldung

Seite 1 von 2

## ■ Daten der Patientin/des Patienten:

Vorname ..... Name .....

Straße ..... Haunsnr. ....

PLZ ..... Ort .....

E-Mail .....

Geburtsdatum ..... Telefon .....

Krankenkasse ..... Versicherungsnr. ....

### • Diagnosen

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

### • Beschwerden/Symptomlast

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

### • aktueller Aufenthaltsort

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

# Anmeldung

Seite 2 von 2

## ■ Daten Angehörige/Vertrauensperson:

Vorname ..... Name .....

Straße ..... Haunsnr. ....

PLZ ..... Ort .....

E-Mail .....

Telefon .....

## ■ Anmeldende Person:

Vorname ..... Name .....

Straße ..... Haunsnr. ....

PLZ ..... Ort .....

E-Mail .....

Telefon .....

## ■ Hausärztin/Hausarzt:

Vorname ..... Name .....

Straße ..... Haunsnr. ....

PLZ ..... Ort .....

E-Mail .....

Telefon .....

Telefax .....

## ■ von palliativteam mainfranken auszufüllen:

Eingang der Anmeldung:

aufgenommen am: \_\_\_\_\_  
Datum

von: \_\_\_\_\_  
Unterschrift