



Palliativnetz Gifhorn

Lindenstr. 33, 38518 Gifhorn

Tel. 05371/ 94 15 260 – Fax Büro: 05371/ 94 15 269

Mail: info@palliativnetz-gifhorn.de

KIM: palliativnetz-gifhorn@red.kim.telematik

Patientenanmeldung für das Palliativnetz!

Anmeldedatum: _____

Patientendaten:

Frau/Herr _____ geb. am. _____

Anschrift/Telefon: _____

Versichertennummer: _____ **Krankenkasse:** _____

Zuzahlungsbefreit: ☐ ja ☐ nein **Status: (1;3;5)** _____

Ggf. rechtlicher Vertreter/Angehörige: _____
(Kopie Vollmacht/Betreuerbestellung bitte beifügen, Anschrift, Telefonnummer)

anmeldender

Hausarzt/Facharzt: _____
(Bitte Name, Adresse, Kontaktmöglichkeiten, BSTNR, LANR angeben)

Zuständiger Pflegedienst: _____
(Anschrift, Telefonnummer)

Palliative Diagnose(n): _____

- ☐ Hausarzt möchte den Totenschein ausstellen (bitte ankreuzen)
- ☐ immer Tag und Nacht (bitte Handy-Nr. hinterlassen)
- ☐ nur zur Praxiszeiten
- ☐ nein, bitte KV Arzt benachrichtigen

Name, Praxis (Stempel mit Telefonnummer) und Unterschrift des behandelnden Arztes:

Bitte möglichst den letzten fachärztlichen und stationären Bericht und den Pflegeverlegungsbericht mitschicken!