

Anforderungsschein an die Sozialen Dienste

Soziale Dienste

Tel.: 72554 – 1680 / 5

Fax: 72554 - 1682 / 7

[Großer Aufkleber!]

Station:

Vorl. Behandlungsdauer bis: Zimmer:

Diagnose:

.....

.....

Beratungsbedarf: allgemeine Beratung (Pflegeversicherung, ambl. Hilfen etc.)

Sonstiges.....

.....

Regelung der stationären Nachsorge:

ambulante Pflege stationäre Pflege Hospiz AHB

Betreuungsanregung beim Amtsgericht (Arztbrief liegt bei)

Ist der Patient in die Pflegeversicherung eingestuft? Ja Nein

Angehörige:

..... ☎

..... ☎

Hausarzt:

..... ☎

Pflegedienst:

..... ☎

Datum

Unterschrift