

! Bitte nach Abschluss der Begleitung in der Beratungsstelle abgeben !

Begleitete Person

| | |
|-------------------|-------------|
| Vorname: | |
| Name: | |
| Telefon: | |
| Straße und Nr.: | |
| PLZ, Ort: | |
| ggf. Einrichtung: | |
| Geburtsjahr: | Geschlecht: |

HospizlerIn (Vorname u. Name):

Haus- bzw. Facharzt d. begl. Person:

Kontaktperson(en)

| Name | Beziehung | Telefon |
|------|-----------|---------|
| | | |
| | | |

vermittelt durch:

zuständiger Pflegedienst:

Art der Begleitung

| <input type="checkbox"/> Sterbe- / Lebensbegleitung | <input type="checkbox"/> Trauerbegleitung | <input type="checkbox"/> Angehörigenbegleitung |
|---|---|--|
| Diagnose: | Beziehung zur verstorb. Person: | Beziehung zur sterbenden Person: |
| | Todesjahr: | |

Anmerkungen und Informationen zum Krankheitsverlauf