

Anmeldung Palliativnetz Freiberg



Name/Vorname:

Geburtstag:

Telefon:

Krankenkasse:

Vers.nr.:

Adresse an der Versorgung erfolgen soll:

Diagnosen inkl. Metastasierung und Hauptsymptome:

Geplante Entlassung:

Kontaktperson (Telefon):

Hausarzt (Telefon):

Hospizdienst:
(falls erforderlich)

Pflegedienst (Telefon):

Pflegestufe:

Eingeleitete Hilfsmittel/Maßnahmen:

Sanitätshaus:

Datum/Kontaktdaten des Anmelders:

Dörnerzaunstrasse 1
09599 Freiberg

Telefon: **03731 7832 3600**
mit Rufweiterleitung

Fax: 03731 7832 3609

eMail: palliativnetz@medaz.de
Internet: www.palliativnetz-freiberg.de