

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsart-Nr.	VK gültig bis	Datum



## Anmeldung zur palliativmedizinischen Versorgung Nordeifel (PANO)

Fax: 02472/4362 (Hausarztpraxis-Konzen), [info@palliativnetz-nordeifel.de](mailto:info@palliativnetz-nordeifel.de)

**Telefonnummer des Patienten:** \_\_\_\_\_

Betreuender Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

**Falls bekannt:**

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Betreuer (falls bestellt): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Pflegedienst: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung: \_\_\_\_\_ nein: 0 ja: 0

**Diagnose:**

**Weitere Angaben / Problematik**

Datum

Unterschrift

Stempel