

Ansökan om Hospicevård.

Namn.....Personnummer.....

Gatuadress.....

Postadress.....Tel.....

Min situation är:.....

.....

.....

Jag vistas nu i hemmet: Jag har hemsjukvård: Jag har ASIH:

Jag vistas nu på sjukhus: Avdelning..... tel:.....

Telefon där jag nu kan nås:.....

Anhörig/Närstående namn:tel:.....

Till ansökan skall bifogas;

Läkarintyg bifogas. (Intyg om sjukdomstillstånd och brytpunktsamtal)

Beviljat bistånd, skriftligt eller muntligt, från hemkommun.

Om det blir aktuellt med inskrivning på Hospice medger jag att ansökan och läkarintyg vidarebefordras till hospice.

Återkommande bedömning av vårdbehov görs på hospice en gång i månaden.

Namnunderskrift.....

Ort och datum

Faxas eller sänds till;

Stiftelsen Änggårdens Hospice . Skepparevägen 2 . 43650 HOVÅS . Tel 031-7057075 . Fax 031-7057176