

PKD Kreis Borken Nord

Einschreibebestätigung für Patienten

- zur Vorlage beim Vertetungsarzt -

Nach Aufklärung über Aufgaben und Ziele der Palliativvereinbarung * habe ich heute

Herrn / Frau

geboren am

mit seinem/ihren Einverständnis

mit Einverständnis d.Betreuer*In/ Bevollmächtigten,

Herrn / Frau

zur Teilnahme an der **ambulanten palliativmedizinischen Versorgung im häuslichen Umfeld** eingeschrieben.

Diese Bescheinigung im Vertretungsfall bitte unaufgefordert dem Arzt vorlegen und bei Verlegung bitte d. Pat. mitgeben.

Ort

Datum

Unterschrift
Hausarzt/-ärztin

Arztstempel

* Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar kranken Patienten im häuslichen Umfeld, geschlossen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe am 1.4.2009 ff