

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

Anmeldung zur palliativmedizinischen Versorgung Aachen Nordkreis (PAN)

Fax: 02405-489220 (MVZ West GmbH Hämatologie-Onkologie)

Mobil-Nr des Diensthabenden: 016091760739

Telefonnummer des Patienten: _____
Betreuender Hausarzt: _____ Telefon: _____ Telefax: _____

Falls bekannt:

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

Betreuer (falls bestellt): _____ Telefon: _____

Pflegedienst: _____ Telefon: _____

Patientenverfügung: _____ nein: ja:

Diagnose:

Weitere Angaben / Problematik

Datum

Unterschrift

Stempel