

**! Bitte nach Abschluss der Begleitung in der Beratungsstelle abgeben !**

**Begleitete Person**

Vorname:	
Name:	
Telefon:	
Straße und Nr.:	
PLZ, Ort:	
ggf. Einrichtung:	
Geburtsjahr:	Geschlecht:

HospizlerIn (Vorname u. Name):

Haus- bzw. Facharzt d. begl. Person:

**Kontaktperson(en)**

Name	Beziehung	Telefon

vermittelt durch:

zuständiger Pflegedienst:

**Art der Begleitung**

<input type="checkbox"/> Sterbe- / Lebensbegleitung	<input type="checkbox"/> Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/> Angehörigenbegleitung
Diagnose:	Beziehung zur verstorb. Person:  Todesjahr:	Beziehung zur sterbenden Person:

**Anmerkungen und Informationen zum Krankheitsverlauf**

