

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: 02406 64815 (Praxis Dr. med. Markus Löer)

Mobil-Nr. des Diensthabenden: 0160 91760739

Telefonnummer des Patienten:		
Betreuender Hausarzt:	Telefon:	Telefax:

Falls bekannt:

Kontaktperson: Telefon:

Betreuer (falls bestellt): Telefon:

Pflegedienst: Telefon:

Patientenverfügung: nein: ☐ ja: ☐

Diagnose:

Weitere Angaben / Problematik

**Palliativmedizini-
sches Netzwerk
Aachen Nordkreis**

Koordination:
Dr. med. Markus Löer
Geilenkirchener Straße
395a
52134 Herzogenrath
Tel: 02406 6761

Datum

Unterschrift

Stempel