

Koordinierungsstelle: Projektleiter Frank Hübner Tel.: 0361 3461746

Vereinbarung über die Unterstützung im Rahmen des Lotsennetzwerkes

- 1. Name des Patienten/der Patientin (ggf. nur Vorname):**
- 2. Name des Lotsen:**
- 3. Name des Klinikvertreters/der Klinikvertreterin:**

4. Zeitrahmen der Betreuung:

.....

5. Form des Kontaktes zwischen Patient und Lotse (bitte ankreuzen):

- Telefon
- Treffen

6. Ort des Treffens bei persönlichem Kontakt:

.....

7. Thematische/inhaltliche Absprachen:

Wobei kann der Patient/die Patientin Unterstützung gebrauchen:

.....

.....

.....

.....

.....

8. Was sind wichtige Themen:

.....

.....

.....