

Koordinierungsstelle:

Vereinbarung über die Unterstützung im Rahmen des Lotsennetzwerkes

1. Name des Patienten/der Patientin:

2. Name des bzw. der Lotsen (ggf. nur Vorname):

.....

3. Name des Klinikvertreters/der Klinikvertreterin:

4. Zeitrahmen der Betreuung:

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

.....
.....

6. Ort des Treffens bei persönlichem Kontakt:

7. Thematische/inhaltliche Absprachen:

Wobei kann der Patient/die Patientin Unterstützung gebrauchen:

.....
.....
.....
.....
.....

8. Was sind wichtige Themen:

.....
.....
.....