

Koordinierungsstelle: Nordbayern

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*in und Lotse/Lotsin (bitte ankreuzen):

Persönlich

Telefonisch

6. Ort des Treffens bei persönlichem Kontakt:

7. Thematische/inhaltliche Absprachen:

Wobei kann der Patient/die Patientin Unterstützung gebrauchen:

8. Was sind wichtige Themen:

Ort, Datum

Unterschrift Lots*in

Unterschrift Kapitän*in
