

Koordinierungsstelle:

Vereinbarung über die Unterstützung im Rahmen des Lotsennetzwerkes

1. Name des Patienten/der Patientin (ggf. nur Vorname)

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

3. Name des Klinikvertreters/der Klinikvertreterin:

4. Zeitrahmen der Betreuung:

5. Form des Kontaktes zwischen Patient*in und Lotse*in (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:

.....

.....

.....

.....