



Anmeldung für einen Spitalaufenthalt Palliative Care

Zuweisender Arzt/Institution

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

(Abteilung)

Anmeldung für

Palliativabteilung, stationär _____

Palliative Care Sprechstunde, ambulant _____

Eintritt

dringend _____

innert _____ Tagen

Wunschtermin

direkte Absprache mit Pat./Bezugsperson erwünscht _____

Patienten Angaben

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

weiblich männlich _____

Tel privat _____

Tel mobil _____

Tel Bezugsperson _____

Hauptdiagnose

Relevante Nebendiagnosen

Multiresistente Erreger

MRSA _____

andere _____

ESBL (mit Angabe des Keims) _____

nicht bekannt _____

Problemstellung / Abklärungswunsch:

Medikamente:

Hausarzt _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Spezialisierte Therapie bei (zB Onkologie):

Involvierte Dienste (zB Spitex, Spez. Amb. Pall.Care Team):

Krankenkasse _____

Mitglieder-Nr.: _____

Allg. Abteilung/24-Bett-Zimmer (A1)

Halbprivat/2-Bett-Zimmer (P3)

Privat/1-Bett-Zimmer (P1)

Orientierung

orientiert

selbständig

Sitzwache notwendig

Mobilität

selbständig

mit Unterstützung

Hilfsmittel

Gehstock

Rollator

Rollstuhl

Körperpflege

selbständig

mit Unterstützung

Ernährung

selbständig

mit Unterstützung

Spezielles

PEG

Tracheostoma

BMI:

Beilagen

Röntgenbilder

Labor

EKG

Patientenverfügung vorhanden ? (bitte Kopie beilegen)

Freundliche Grüsse

Ort, Datum _____

Name _____

Stempel und Unterschrift