

Formular Patientenanmeldung Palliativstation

Gültigkeitsbereich: Palliativstation



Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Tel.-Nr.		
Aktueller Aufenthaltsort (Zu Hause/ PH, Klinik)		
Diagnose		
Symptome/ Beschwerden		
Sonstige Probleme		
Hausarzt/ Facharzt	Name	
	Tel.-Nr.	
Vorbehandelnde Klinik	Name	
	Tel.-Nr.	
SAPV- Team	Name	
	Tel.-Nr.	
Angehörige/ Kontaktperson (Name+Tel.-Nr.)		
WER meldet an ?		
Anmeldung entgegengenommen	am:	
	durch:	

	Erstellt / Aktualisiert	Prüfung	Freigabe am	451_BeDo_Form
Datum	06.01.14 / 20.01.24	20.01.24	29.01.2024	
Name	M. Wessela / M. Börner	CHÄ Schubert	Version 2	