



Personalien

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Versicherungsklasse:

Anmeldung Zentrum für Palliative Care

Zuweisung durch:

Aufnahme innert 24 h? ja nein Falls nein, gewünschter Termin:

Diagnose

Symptome / Hauptproblematik

Datum:

Unterschrift / Tel. Nr.:

Palliativmedizinische Beurteilung (Auszufüllen durch den Ärztlichen Leiter des ZfPC)

Vorgehen

Übernahme des Patienten ans Zentrum für Palliative Care **Termin:**

Bedarf einer ambulanten Betreuung durch das Zentrum für Palliative Care

Keine Aufnahme

Begründung:

Austrittsbericht per: Fax Email Post

Datum:

Unterschrift / Tel. Nr.: