

Datum:		Uhrzeit:		Ifd. Nr.:	
Entgegennahme der Anmeldung:			Kontaktaufnahme zur Palliativstation durch:		
Patient (Name, Vorname):			Geb. Datum:		
Diagnose(n):					
Einweisungsindikation					
(z. B. medizinisch zu kontrollierende Symptome; aktuelle Beschwerden)					
pflegerische Probleme					
(z. B. Mobilität, Kommunikationsfähigkeit, Behinderungen)					
soziale Situation					
(z. B. bisherige Betreuungssituation (Pflegedienst, SAPV, Heim, Hospiz))					
<input type="checkbox"/> Familie allein		<input type="checkbox"/> Pflegedienst		<input type="checkbox"/> SAPV	
				<input type="checkbox"/> Hospizgruppe	
Angehörige / Bezugspersonen					
Name:			Tel.:		
Anschrift:			mobil:		
Hausarzt / Einweiser					
Name:			Tel.:		
Wer ist bei Aufnahmemöglichkeit zu informieren?			Dringlichkeit der Aufnahme		
getroffene Absprachen					

Bitte Fax an: 03681-356615