

Datum: _____

- Voranmeldung
 Akut-Anmeldung

Palliativstation KHGH

TEL: 01/ 400 88-2450

FAX: 01/ 400 88-2499

Anmeldung Palliativstation

Nachname:		Vorname:	
Adresse:		Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> männl. / <input type="checkbox"/> weibl.
Telefonnr.:		Nationalität/ Sprache:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Aktueller Aufenthaltsort/ Spital/ Abteilung:		ggf. Telefonnr.:	
Bezugspersonen/ Telefonnr.:			
Betreuung bisher/ Name der Organisation: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mobile Dienste <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> PH-Platz angemeldet			
Hausarzt/ Tel.Nr.:			
Diagnose, Therapie:			
Psychische Situation:			
Informationsstand des Patienten... ... bzgl. Krankheit:	... bzgl. Anmeldung:	... bzgl. Verweildauer:	
Wünsche des Pat.:			
Kontaktperson/ Anmelder:	Tel.:	Unterschrift:	

Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....