KRANKENHAUS
Göttlicher Heiland

Datum: _____
❑ Voranmeldung
❑ Akut-Anmeldung

Palliativstation KHGH
TEL: 01/ 400 88-2450
FAX: 01/ 400 88-2499

Anmeldung Palliativstation

Nachname:	Vorname:	
Adresse:	Geburtsdatum:	❑ männl. / ❑ weibl.
Telefonnr.:	Nationalität/ Sprache:	
Familienstand: ❑ ledig ❑ verheiratet ❑ verwitwet ❑ geschieden		
Aktueller Aufenthaltsort/ Spital/ Abteilung:	ggf. Telefonnr.:	
Bezugspersonen/ Telefonnr.:		
Betreuung bisher/ Name der Organisation: ❑ keine ❑ mobile Dienste ❑ Pflegeheim ❑ 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....+