

Datum: |_|_|. |_|_|. |_|_|

1. Patientenangaben:

Name: _____

Geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____

2. Hausarztangaben:

Name: _____

Tel.: _____

3. Diagnose:

4. Aktuelle Probleme:

5. Zielsetzung:

6. Patient aufgeklärt über Erkrankung und Palliativstation:
 ja nein
7. Pflegesituation:
 mit Angehörigen alleine andere _____

 Bitte um sofortige stationäre Aufnahme

 Bitte um stationäre Aufnahme, wenn Bett frei

 Bitte um Rückruf
Bitte faxen an 02365 911-39043

 Stempel/Unterschrift