

Patientenanmeldung

Palliativstation Marien-Hospital Marl

Faxnummer: 02365 / 911-8490

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

1. Patientenangaben:

Name: _____ Geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____

2. Hausarztangaben:

Name: _____ Tel.: _____

3. Diagnose:

4. Aktuelle Probleme:

5. Zielsetzung:

6. Pflegesituation:

mit Angehörigen alleine andere _____

Bitte um sofortige stationäre Aufnahme

Bitte um stationäre Aufnahme, wenn Bett frei

Bitte um Rückruf