


FB-00915	MHM Anmeldebogen Palliativmedizin	
PALLI / ÄD / PD	Version: 02	Seite 1 von 1

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 02365-911-8490

 Stempel/Unterschrift

	Erstellung	Änderung	Prüfung/Freigabe	Veröffentlichung
Name	QZ Pflege	QZ Pflege	Pflegedirektion	Qualitätsmanagement
Datum	19.10.2010	04.05.2016	06.05.2016	06.05.2016