

Anmeldebogen Palliativstation	Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim
--	---

Telefon: 06322-607-308	Fax: 06322-607-513	Mail: station-08-duew@diakonissen.de
---------------------------	-----------------------	---

Zuweiser: Klinik/Hausarzt/SAPV	Patientendaten: Name..... Vorname..... Geburtsdatum:.....
---------------------------------------	---

Datum der Anmeldung: _____

Anmelder/in: _____ Telefon für Rückfragen: _____

Isolation erforderlich? ja ☐ nein ☐

<u>Hauptdiagnosen</u>		
Zuweisungsgründe/Symptome	Welcher Art?	Bemerkungen
• Schmerzen		
• Respiratorisch		
• Gastrointestinal		
• Andere Symptome		
Pflegeprobleme		
Ernährungsprobleme		
Soziale Probleme		
Sonstiges		
<u>Bezugsperson:</u> Name: Bezug: Telefonnummer:		<u>Hausarzt:</u> Name: Adresse: Telefonnummer: