



Patientenanmeldung Palliativstation KL

Datum: ____ . ____ . ____

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr.: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____ Krankenkassennummer: _____

Versicherungsnummer: _____ Status: _____

Palliativdiagnosen: _____

Symptomlast: _____

aktueller Aufenthaltsort: Einrichtung _____ bis (ca.)

Tel.-Nr.: _____

nächster Angehöriger: (bitte Rückrufnummer unbedingt angeben)

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Bezug: _____

anmeldende Person: (bitte Rückrufnummer unbedingt angeben) Tel.-Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Hausarzt:

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Fax-Nr.: _____

Bitte: Kopie aktueller **Arztbrief** und wichtige Befunde faxen!

Sie erreichen unser Sekretariat telefonisch unter **06181/272-344**, Fax: **06181-272-584**