

## Anmeldung für Sprechstunde Palliative Care

### Personalien

Anrede		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefon/Mobil		
Name Versicherung		Policen-Nummer
Rechnungsträger	Krankenkasse	Selbstzahler

### Diagnosen \*

### Medikation \*

### Fragestellung

Kontakt Familie / Spitex / Andere Stelle / Ämter
Patientenverfügung

Nächster Angehöriger	Hausarzt / Einweisender Arzt
Name	Name
Vorname	Adresse
Telefon/Mobil	PLZ/Ort
Verwandtschaftsgrad	Telefon
E-Mail	<b>Absender oder Unterschrift</b>
<b>Datum</b>	<b>oder Unterschrift</b>