

Anmeldung PNN- Koordinationsstelle [(gültig nur in Verbindung mit Datenschutzerklärung) (bitte Druckschrift)]

Patient Herr/Frau: _____ Geb.Datum: _____

Anschrift:

Tel.

Kasse:

Diagnosen:

Therapie stationär:

Medikation:

Dauermed.:

Bedarfsmed.:

Akt. Zustand:

physisch:

psychisch:

Prognose Verlauf:

aufgeklärt:

ja nein

Absprachen:

Patientenverfügung:

ja nein

Ggf: stat. Aufnahme:

ja nein

Pflegedienst:

Palliativ-Care notwendig

ja nein

Palliativkonsil:

Palliativmed.Betreuung notw.

ja nein

Hausarzt/ärztin:

Tel.:

Mobil

Ansprechperson

privat:

Mit freundlichen Grüßen

Bitte um Rückruf:

ja

nein