

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

\_\_\_\_\_ m  w   
Name Geschlecht

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

Allg. Geb.-Kl.  Sonder Geb.-Kl.  Selbstzahler

Klin. Hinweis  
bzw. Diagnose

Bitte faxen Sie  
die Anforderung an die  
Nummer 050 504-239 49!

Kostenstellenetikette  
hier positionieren

# Anforderung an Kinderpalliativkonsiliardienst erfolgt über kidsMOBILtirol

## Diagnose

---

## Grund der Anforderung

Meldung einer Palliativpatientin/ eines Palliativpatienten (Interdisziplinäres Palliativgespräch)

## Situationsbeschreibung/ Besonderheiten

---

---

---

---

---

---

---

---

## Elterngespräch stattgefunden

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, am

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/ Arzt

(Name in BLOCKBUCHSTABEN)

\_\_\_\_\_  
Kontaktnummer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegerin/ Pfleger

(Name in BLOCKBUCHSTABEN)