

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

_____ m w
Name Geschlecht

_____ Geburtsdatum
Vorname

_____ StraÙe / 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)