

← 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 das Mobile Palliativteam für Kinder und Jugendliche

Diagnose

Grund der Anforderung

Interdisziplinäres Erstgespräch Eltern-Erstgespräch

Situationsbeschreibung/ Besonderheiten

Elterngespräch stattgefunden

ja nein

Ort, am _____ . . .

Unterschrift Ärztin/ Arzt _____

(Name in BLOCKBUCHSTABEN) _____

Kontaktnummer _____

Unterschrift Pflegerin/ Pfleger _____

(Name in BLOCKBUCHSTABEN) _____