

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Zuhanden: Ärztliche Leitung HOSPIZ IM PARK (aerzte@hospizimark.ch)

Überweisende/r Ärztin/Arzt:**Institution:**Übertritt von Institution Übertritt von Zuhause Vorankündigung Eintritt möglich ab:

Tel-Nr.:

Patientin/Patient:

Adresse:

Geburtsdatum:

Geschlecht: W M

Tel-Nr.:

AHV-Nr.:

Kontaktperson:

Adresse:

Beziehung zu Patient:

Tel-Nr.:

Hausärztin/Hausarzt:

Adresse:

Tel-Nr.:

Krankenkasse: Allgemein Halbprivat Privat

Name Grundversicherung:

Name Zusatzversicherung:

Police-Nr.:

Police-Nr.:

Diagnosen:Sind die onkologischen Behandlungen abgeschlossen? Ja NeinIst Patientin/Patient in einer Studie? Ja Nein

Bitte aktuellsten ärztlichen Bericht beilegen (falls möglich in PDF-A Format)

Indikationen für Palliative Care: Symptomkontrolle: Entscheidungsfindung: Netzwerkorganisation (für ambulante Betreuung): Support für das Umfeld: End of Life CareSind minderjährige Kinder von Patient/in involviert? Ja Nein**Involvierte Dienste:** SEOP/Onko-Spitex ALS Nurse KESB Beistand Krebsliga beider Basel Sozialdienst Andere:**COVID-19 Symptome?** Ja NeinCOVID-19 Test vorhanden? Ja (Testdatum:) Nein**Bemerkungen:**

Datum:

Stempel und Unterschrift überweisende/r Ärztin/Arzt