

ÜBERWEISUNGSFORMULAR

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

Überweisende/r Ärztin/Arzt:

Tel-Nr.:

Institution:

Übertritt von Institution Übertritt von Zuhause

Voranmeldung Eintritt möglich ab:

Patientin/Patient:

Geschlecht: W M

Adresse:

Tel-Nr.:

Geburtsdatum:

AHV-Nr.:

Kontaktperson:

Beziehung zu Patient:

Adresse:

Tel-Nr.:

Hausärztin/Hausarzt:

Tel-Nr.:

Adresse:

Krankenkasse: Allgemein Halbprivat Privat

Name Grundversicherung:

Police-Nr.:

Name Zusatzversicherung:

Police-Nr.:

Diagnosen:

Sind die onkologischen Behandlungen abgeschlossen? Ja Nein

Ist 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

Sind minderjährige Kinder von Patient/in involviert? Ja Nein

Involvierte Dienste:

SEOP/Onko-Spitex ALS Nurse KESB Beistand

Krebsliga beider Basel Sozialdienst

Andere:

COVID-19

COVID-19 Symptome? Ja Nein

COVID-19 Test vorhanden? Ja (Testdatum:) Nein

COVID-Impfung Ja, einmal Datum Ja, zweimal Datum Nein

Bemerkungen:

Datum:

Stempel und Unterschrift überweisende/r Ärztin/Arzt