

# Erstkontaktaufnahme Palliativ

Formular

## Stationshandbuch Palliativ

gültig für: Ev. Krankenhaus Herne

|                                           |
|-------------------------------------------|
| Betroffene/r                              |
| Geburtsdatum                              |
| Aufenthaltort                             |
| Telefon                                   |
|                                           |
| Kontaktperson/ Anfragender                |
| Zugehörigkeit/ Funktion                   |
| Telefon/ Funktion                         |
| Grunderkrankung                           |
|                                           |
|                                           |
|                                           |
| Aufnahmegrund / Beschwerden               |
|                                           |
|                                           |
|                                           |
| Voraussetzungen                           |
|                                           |
|                                           |
|                                           |
|                                           |
| Infektionen                               |
| Beteiligte Ärzte, Dienste, Organisationen |
|                                           |
| Vereinbarung                              |
|                                           |
| Datum, Uhrzeit, Name                      |