Formblatt

Anmeldeformular Palliativzentrum

Palliativzentrum CKUM

Kontaktdaten: Christliches Klinikum Unna, Obere Husemannstr. 2, 59423 Unna
Palliativzentrum
Telefon 02303 - 100 62750 / Fax 02303 – 100 2796

Patienteninformation

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

_____

Palliativmedizinische Fragestellung

_____

Hauptsymptome

_____

_____

Relevante Begleiterkrankungen

_____

_____

DNR/DNI besprochen?

Ja □ Nein □

Ist im Notfall eine Verlegung auf die Intensivstation gewünscht?

Ja □ Nein □

Anfrage durch

Name: _____

Klinik/Praxis: _____

Telefonnummer: _____

Kontaktdaten An-/Zugehörige

Name: _____

Telefonnummer: _____

Bitte faxen Sie uns zusätzlich zu dieser Anmeldung einen aktuellen oder den letzten relevanten Arztbericht. Wir melden uns schnellstmöglich bei Ihnen.

Vielen Dank für Ihre Anfrage.
Ihr Team des Palliativzentrums am Christlichen Klinikum Unna Mitte