

## ÜBERWEISUNGSFORMULAR

Zuhanden: Ärztliche Leitung HOSPIZ IM PARK (aerzte@palliativklinik.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