

## ÜBERWEISUNGSFORMULAR

**Zuhanden:** Ärztlicher Dienst der PALLIATIVKLINIK IM PARK (aerzte@palliativklinik.ch)

**Zuweiser:** \_\_\_\_\_ Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

**Institution:** \_\_\_\_\_

Übertritt von Institution  Übertritt von zuhause  Voranmeldung

Eintritt möglich ab: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Patienten

**Patientin / Patient:** \_\_\_\_\_ Geschlecht:  W  M

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

**Kontaktperson:** \_\_\_\_\_ Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

**Hausarzt/-in:** \_\_\_\_\_ Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**  Allgemein  Halbprivat  Privat

Grundversicherung: \_\_\_\_\_ Police-Nr.: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Police-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bitte 2. Seite beachten**

**Medizinische Angaben**

**Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

Sind die onkologischen Behandlungen abgeschlossen?  Ja  Nein

Ist Patientin/Patient in einer Studie?  Ja  Nein

***Bitte die aktuelle Medikamentenliste und den ärztlichen Bericht beilegen (möglichst im PDF-Format)***

**Indikationen für Palliative Care:**

Symptomkontrolle:

Entscheidungsfindung:

Netzwerkorganisation (für ambulante Betreuung):

Support für das Umfeld:

Sind minderjährige Kinder der Patientin / des Patienten involviert?  Ja  Nein

**Involvierte Dienste:**  SEOP/Onko-Spitex  ALS Nurse  KESB  Beistand  
 Krebsliga beider Basel  Sozialdienst  
 Andere:

**Bemerkungen:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum:  
  
\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift überweisende/r Ärztin/Arzt:  
  
\_\_\_\_\_