

PALLIATIVZENTRUM HILDEGARD

Einweisungsformular

eingegangen

PATA Visum

Personalien Patient / Patientin

Name, Vorname	
Wohnadresse	
Telefon	
Kontaktperson	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Zivilstand	Konfession
AHV Nummer	
Nationalität	
Betrifft Grenzgänger	
Adresse Arbeitgeber	

Kostenträger/Krankenkasse

	Name	Vers. Nr.	Kartenummer	Klasse
Grundversicherung				
Zusatzversicherung				
Einweisende Ärztin Einweisender Arzt				
Hausarzt/-ärztin				

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

Diagnosen

Bitte separate Diagnosenliste als Anhang mailen

Indikationen für spezialisierte Palliative Care

- Symptomkontrolle Schmerzen Atemnot Übelkeit/Erbrechen
 Andere _____
- End of Life Care _____
- Psychosoziale, spirituelle oder andere Gründe _____

PALLIATIVZENTRUM HILDEGARD

Aktuelle Medikation

bitte alle Medikamente angeben oder eine Medikamentenliste als Anhang mailen

Mobilität bettlägerig Bettkante Rollstuhl selbständig

Bemerkungen _____

Kommunikation unauffällig Aphasie Gehörlos Dysarthrie

Verständigung in anderer Sprache, welche? _____

Bemerkungen _____

Verhalten/Adhärenz ruhig unruhig

Massnahme _____

Besondere Hilfsmittel/Pflegematerialien

Verbände _____

Aktuelle Zu-/Ableitungen (z.B. Port/PEG/Drainagen) _____

Stomata, System _____
(bitte mind. Material für einen Wechsel mitgeben)

Sauerstoff (wieviel Liter O₂/min) _____

Isolationsmassnahmen (bitte aktuelles Antibiogramm als Anhang mitsenden) ja nein

Isolationsmassnahmen _____

Direkte Tel.-Nr. für Rückfragen Ärzte _____

Pflege _____

Casemanagement
und Sozialdienst
(wenn involviert) _____

**Bei elektronischem Versand (inkl. allen Anhängen) an: patientenadministration@pzhi.ch ist dieses
Formular ohne Stempel und Unterschrift gültig**

Datum:

Stempel und Unterschrift: