



## Palliative Care / Soins palliatifs

### Patient

Name / Nom	Geburtsdatum / Date naissance		
Vorname / Prénom	Geschlecht / Genre	männlich / masculin	weiblich / féminin
Strasse / Rue	Krankenkasse / Assurance		
PLZ Ort / NPA Lieu	Versicherten Nr/ N° d'assuré		
Telefon / Téléphone	Sprache / Langue		
Email			

### Angaben Medizin / Données médicales

Fragestellung /  
Interrogations

Speziell gewünschte Untersuchung /  
Examen particulier

### Klinische Angaben / Données cliniques

Diagnose /  
Diagnostic

Anamnese /  
Anamnèse

Aktuelle Situation /  
Situation actuelle

Medikation /  
Médication

**Bitte laden Sie Berichte, Laborbefunde und andere relevante Informationen als Anhang hoch.**

**Merci de télécharger les rapports, les résultats de laboratoire et toute autre information pertinente en pièce jointe.**

### Termin / Rendez-vous

Dringlichkeit / Urgence : Woche(n) / Semaine(s)	<1	1-2	2-4
Leistungsart/genre	Ambulante/Ambulatoire	Stationär/Stationnaire	Konsilium/Consilium

Bemerkung /  
Remarque

Terminbestätigung / Telefon /  
Confirmation de rdv Téléphone Email

### Zuweisende(r) A(e)rzt(in) / Médecin référant(e)

Praxis /  
Cabinet

Titel /  
Titre

Name /  
Nom

Vorname /  
Prénom

Strasse/  
Rue

PLZ Ort /  
NPA Lieu

Email

Praxis Tel /  
Tél cabinet

Direkte Nr. /  
Ligne directe