

# Anmeldung Mobile Palliative Care

Bitte senden an: [mobilepallcare@spitalmaennedorf.ch](mailto:mobilepallcare@spitalmaennedorf.ch) oder Fax 044 922 23 06, Tel 044 922 24 00

## Personalien Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon mobil: +41 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefon: +41 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
AHV Nummer: \_\_\_\_\_  
Gesetzlicher Vertreter (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: ja / nein \_\_\_\_\_

**Patient ist im Spital / Heim:** \_\_\_\_\_  
Hospitalisiert seit \_\_\_\_\_  
Arzt (Name / Tel.): \_\_\_\_\_ Pfl egeteam (Name / Tel.) \_\_\_\_\_  
Andere (Name / Tel.): \_\_\_\_\_

**Patient ist zu Hause:** \_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name / Tel.): \_\_\_\_\_  
Spitex (Name / Tel.): \_\_\_\_\_ Palliaviva: ja / nein \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

## Andere Bezugspersonen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Aktuelle Diagnose:

---

---

---

Vorerkrankungen:

---

---

---

Aktuelle Medikation:

---

---

---

GGF. Befunde an Mailadresse (oder Fax) senden.

## Was wird gewünscht?

- adäquate Behandlung bei nicht ausreichend kontrolliertem Leiden, 24/7
- Notfallplanung
- Installation von «Schmerzpumpen» = PCA Patienten-kontrollierter Analgesie
- Zufuhr von Medikamenten, wenn die orale Einnahme nicht mehr geht

