**Fachbereich Spezialisierte Palliative Care**

**Dr. med. Petra Mair**

**Leitende Spitalfachärztin**

**Claudia von Felten**

**Spitalfachärztin**

Krankenhausstrasse 12 • CH-3600 Thun

Tel. +41 (0)58 636 33 31

palliativsprechstunde@spitalstsag.ch

**Anmeldeformular palliativmedizinische Sprechstunde**

**Dringlichkeit:**

Innerhalb 1 Woche

Innerhalb 1- 4 Wochen

**Patientenangaben:**

Name:     Vorname:       Geb. Datum:

Strasse:       Wohnort:

Tel. Festnetz:       Tel. Mobile:       E-Mail-Adresse      

**Zuweisende Person:**

Profession: Arzt/Ärztin Pflege Praxis/Spital/APH:

Name, Vorname:

Adresse

Telefonnummer:       E-Mail-Adresse

**Klinische Angaben**

**Ziel der Konsultation:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Symptomkontrolle** | **Welche?** |
| **Entscheidungsfindung** |  |
| **Netzwerkausbau** |  |
| **Angehörigenunterstützung** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anderes** |  |

Dokumente (letzter Arztbericht inkl. Aktueller Medikation)

Datum:       Unterschrift: