**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: