

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Anmeldung Abteilung spezialisierte Palliative Care

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>
Versicherung	<input type="text"/>	Versicherungsstatus	<input type="text"/>

Zuweisung von Spital oder anderer Institution

Hospitalisiert seit:	<input type="text"/>		
Ärztin/Arzt	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Pflege	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Zuweisung von zu Hause

Hausärztin / Hausarzt	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>
Spitex	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>

Angehörige

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Beziehung zu Patient/in	<input type="text"/>		

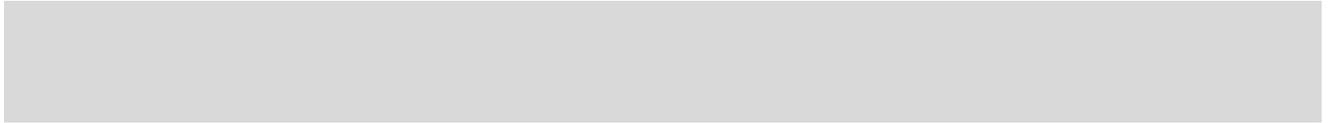
- Patientin oder Patient ist über die Anmeldung informiert und damit einverstanden
 Angehörige sind über die Anmeldung informiert

Hauptdiagnosen

Indikation für stationäre spezialisierte Palliative Care

A large horizontal grey rectangle used to redact information.

Auftrag an Abteilung Palliative Care

A large horizontal grey rectangle used to redact information.

Gewünschtes Aufnahmedatum

A large horizontal grey rectangle used to redact information.

Kontaktdaten mobiler Palliativdienst Oberwallis

027 604 37 00

szo.mpo@hopitalvs.ch