

Palliative Care Station

Anmeldeformular



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular:

→ **direkt via SENDEN-Button**

→ **per E-Mail an palliativecare@spital-schwyz.ch**

Personalien Auftraggeber

Zur besseren Lesbarkeit wird nur eine Geschlechtsform verwendet

Name (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	Vorname
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile T Geschäft
Wunschdatum Behandlung	E-Mail

Personalien Patient/in

Name (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	Vorname <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile T Geschäft	
Hausarzt		

Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer

Grund-/Zusatz-/Unfallversicherer	<input type="checkbox"/> allgemein versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
---	---

Personalien nächste Angehörige

Name (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	Vorname
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile T Geschäft

Eintrittsgrund

Diagnose/Anamnese/Symptome

Bisherige Therapien, Medikamente, Dosierungen