Spital Lachen

Anmeldung für Sprechstunde Palliative Care

Personalien

Anrede			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon/Mobil			
Name Versicherung		Policen-Nummer	
Rechnungsträger	☐ Krankenkasse	☐ Selbstzahler	

Diagnosen *

Medikation *

Fragestellung

☐ Kontakt Familie / Spitex / Andere Stelle / Ämter

☐ Patientenverfügung

Nächster Angehöriger		**Hausarzt / Einweisender Arzt**	
Name		Name	
Vorname		Adresse	
Telefon/Mobil		PLZ/Ort	
Verwandtschaftsgrad		Telefon	
E-Mail			

Absender oder Unterschrift

Datum

Ihr schnellster Weg zur Anmeldung ist die digitale Zustellung an tagesklinik.sek@spital-lachen.ch.
Ihr Team der Palliative Care Sprechstunde

* Falls gewünscht, gerne auch als Anlage