



=> Bitte ausgefüllt zurück an:

Seeweg 4
49477 Ibbenbüren
Tel.: 05451-99507-0
Fax: 05451-99507-29
Mail: info@pkd-nordmuensterland.de
Web: www.pkd-nordmuensterland.de

Informationsblatt für palliativ angemeldete Patienten beim Palliativmedizinischen
Konsiliardienst Nordmünsterland

Patientenname: _____

Telefonnummer: _____

Betreuer / Angehörige: _____
(Bitte angeben ob Ehepartner, Sohn/Tochter, oder in welchem Verhältnis)

Kontakttelefonnummer: _____

Name/Adresse Altenheim: _____

falls bekannt
Wohnbereich / Telefonnummer: _____

- Zeitnaher (1-2 Tage) Hausbesuch einer Koordinatorin ja nein
- Aktueller Medikamentenplan
- Beifügen des letzten Krankenhausberichtes

Patientenverfügung: ja nein (wenn vorhanden, bitte beifügen)

Bitte diesen Vordruck ausgefüllt mit den Einschreibeformularen Anlage 3a und 3
zufaxen.

Stempel und Unterschrift der Praxis