SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND

Palliative Care
Dr.med. Raoul Pinter
T +41 81 736 1104
raoul.pinter@srrws.ch

Anmeldung ambulante Sprechstunde Palliative Care

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ / Wohnort _____

Tel. Nr. (Patient) _____

Kontaktperson _____

Tel. Nr. (Angehörige) _____

Kostenträger _____

Untersuchung/Behandlung gewünscht in: ☐ Altstätten ☐ Walenstadt

Aufbietung über:
☐ Hausarzt
☐ Angehörige
☐ Patient selbst

Kontaktdaten:
_____
_____
_____

Fragestellung: _____

Klinische Befunde: _____

Medikamente: _____

Angaben über Voruntersuchungen: (falls vorhanden) _____

Anderes:

Kontaktangaben inkl. Telefonnummer zuweisender Arzt: **Datum:**

Formular senden an: palliative-care@srrws.ch

Herzlichen Dank für Ihre Zuweisung!