Palliative Care Team Kinderspital

Gesprächsprotokoll

Ablage: Patientenakte

Versand (per Mail) an Palliative Care Team

|  |  |
| --- | --- |
| Datum / Zeit:  |  |
| TeilnehmerInnen: |  |
| Protokoll: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name:  |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Diagnose:  |  |
| Psychosoziale Situation: |  |
| Aktuelle Problematik: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Weiteres Vorgehen / Vereinbarungen: |  | Zuständig / bis |