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 |