

Anmeldeformular Abteilung spezialisierte Palliative Care

Spitalzentrum Oberwallis, Brig

Personalien und allgemeine Angaben

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon / Natel

E-Mail

Geburtsdatum

Zivilstand

Krankenkasse

Versicherungsstatus

Bezugsperson

Name

Vorname

Telefon

Beziehung zu Patientin oder Patient

Zuweisung

Spital

Ärztin / Arzt

Telefon

E-Mail

andere Institution

Ärztin / Arzt

Telefon

E-Mail

Hausärztin / Hausarzt

Hausärztin / Hausarzt

Telefon

E-Mail

