

Tilvising til palliativt team

Namn:	Kvar bur pasienten? Heime :
Fødselsnr:	Sjukeheim :
Adresse:	Anna :
Postnr.:	Fastlege/ tilsynslege :
Kommune:	
Telefon:	Pasientansvarleg spl :
Sivilstatus:	Har pasienten open retur ?
Pårørande:	Ansvarleg sjukehusavdeling :
Diagnose:	
Er pasienten informert om diagnose og prognose? Ønskjer pas. tilvising?	
Kort sjukehistorie og aktuelle palliative problemstillingar (evt eige skriv):	
Noverande medikasjon:	
CAVE:	
Kva ønskjer De av palliativt team?	
Utfylt ESAS ligg ved :	
Dato:	Tilvist av:
Dato mottatt:	Av: