



**Ärztliche Verordnung zur Intervention des externen Teams des Palliativpflegeverbandes**

Hiermit bescheinige ich, .....

.....

dass Frau / Herr .....

geboren am ..... wohnhaft in .....

.....

eine Unterstützung durch das externe Team des Palliativpflegeverbandes ab dem heutigen Datum benötigt.

Datum: .....

Unterschrift und Stempel des Hausarztes: