Antrag zur Aufnahme auf die Palliativstation

**Wir ersuchen um Übermittlung aktueller Befunde als Beilage zu dieser Anmeldung**: Arztbrief, Bericht mobiles Palliativteam, rezente Bildgebung/Laborbefunde etc.

Für Krankenhauszuweiser: Wir ersuchen um palliativmedizinische Stellungnahme durch den Palliativkonsiliardienst, sofern verfügbar.

Nach Einlangen dieses Antrages inkl. Befunde wird Ihr/e Patient/in auf unserer Warteliste gereiht. Ein/e Palliativmediziner/in wird sich ehebaldigst wegen eines verfügbaren Bettes bei Ihnen melden.

Daten:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Patientenetikett  mit Adresse und Aufnahmedatum | | **Angehörige:**  Verhältnis zur/zum Patient/in:  Name:  Telefon: |   Einzelzimmer:  Notwendigkeit oder  Anspruch.  Spezialmatratze (bettlägerig, Dekubitus) | |  | | --- | | **Anfordernde Stelle:**  Krankenhaus/MPT/…  Abteilung Station  **Behandler/in/Kontaktperson:**  Name:  Telefon:  Fax-Nr.:  **Zuständige/r Sozialarbeiter/in:**  Name:  Telefon:  **Erwachsenenvertretung:**  Name: | |

Diagnose(n):

|  |
| --- |
|  |

**Patient/in und Angehörige aufgeklärt über:**

a) Diagnose:  vollständig  teilweise  nicht

b) Therapie:  kurativ  palliativ  noch unklar

c) geplante Palliativ-Aufnahme:  ja  nein

|  |
| --- |
| Aufnahmegrund auf Palliativ |
| Symptomlinderung:  Schmerzen  Atemnot  Übelkeit  Erbrechen  Angst/Delir  Psychosozial (Krankheitsbewältigung, Entlastung, sozialarbeitsrechtliche Beratung, Seelsorge)  Optimierung Palliativpflege:  Wundmanagement  Weiterversorgung (Planung, Organisation)  Sterbebegleitung |

Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Datum Stempel, Unterschrift