Anforderungsformular Palliativkonsiliardienst

**Daten:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Patientenetikett mit Adresse und Aufnahmedatum |
| **Angehörige:**      Verhältnis zur/zum Patient/in:      Name:      Telefon:      |

[ ]  Anwesenheit der Angehörigen beim Konsiliarbesuch erforderlich |

|  |
| --- |
| **Anfordernde Stelle:**Krankenhaus:      Abteilung/Station:      **Behandelnder Arzt/ Kontaktperson:**Name:      Telefon:      Fax-Nr.:      **Zuständige/r Sozialarbeiter/in:**Name:      Telefon:       |

 |

**Diagnose(n):**

|  |
| --- |
|       |

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

a) Diagnose [ ]  vollständig [ ]  teilweise [ ]  nicht

b) geplanten Konsilbesuch [ ]  ja [ ]  nein

c) evtl. geplante Übernahme [ ]  ja [ ]  nein

|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung an:** | **Anforderungsgrund** |
| [ ]  Arzt | [ ]  Symptomlinderung:      [ ]  Übernahme [ ]  Sonstiges:       |
| [ ]  Pflege | [ ]  Optimierung spezialisierte Palliativpflege [ ]  Sonstiges:       |
| [ ]  Sozialarbeit | [ ]  Anbindung an das mobile Palliativteam[ ]  Sonstiges:       |

Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Datum Stempel, Unterschrift