

Antrag auf Aufnahme im Himmelshafen

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

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.

Patientenetikett mit Adresse und Aufnahmedatum	
Familienstand:	
Pflegegeldbezug, Stufe:	
Einkommensquellen:	
Versicherungsstatus:	
Unterhaltspflichten:	
Aufenthaltstitel:	
Angehörige/r:	
Verhältnis zur/zum Patient/in:	
Name:	
Telefon:	

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 Hospizanmeldung: ☐ ja ☐ nein

Aufnahmegrund im Himmelshafen:
☐ Symptomlinderung: ☐ Schmerzen ☐ Atemnot ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Angst/Delir ☐ Psycho/-sozial (Krankheitsbewältigung, Entlastung, sozialarbeitsrechtliche Beratung, Seelsorge) ☐ Optimierung Palliativpflege: ☐ Wundmanagement ☐ ... ☐ Sterbebegleitung

Datum

Stempel, Unterschrift