**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