



Anmeldung und aktuellen Medikamentenplan faxen an: 06206 – 509 239

Patientendaten, ggf. Etikett

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Private Telefonnummer: _____

Behandlungsdaten

In Behandlung seit: _____

Hausarzt: _____

Gesetzlicher Betreuer Angehöriger

Name: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsdaten

Krankenkasse: _____

Wahlleistung:

Versicherungsnummer: _____

Einzelzimmer

Zweibettzimmer

Aufnahmekriterien:

- Erwachsener Patient mit weit fortgeschrittener progredienter Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.
- Es besteht eine medizinische Indikation zur Symptomkontrolle von Schmerzen, Übelkeit, Obstipation, Unruhe, Luftnot und/ oder eine psychosoziale Indikation
- Der Patient ist über seinen Krankheitszustand und seine Prognose aufgeklärt.
- Der Patient (bzw. Betreuer /Angehöriger) wünscht die Aufnahme auf die Palliativeinheit.

Dringlichkeit der Aufnahme: sehr hoch mittel gering gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Relevante Diagnosen:

Probleme des Patienten:

- Schmerzen
- Übelkeit / Appetitmangel
- Erbrechen
- Luftnot
- Obstipation
- Diarrhoe
- Schwäche / Müdigkeit / Fatigue
- Depressivität / Angst

- Probleme mit der Versorgung
- Überforderung des Umfeldes
- Aszites
- Pleuraerguß

Sonstige Probleme: Welche?

Ggf. Ziel der palliativen Behandlung: _____

Weitere Diagnosen und internistischer Behandlungsbedarf:

- Dekubitus / Wunden: _____
- MRE – Status: _____ Isolation: _____
- Sauerstoffpflichtigkeit: _____ l/min SPO₂ unter Raumluft: _____ Tracheostoma
- PORT PEG / Magensonde Ileostoma Urinableitender Katheter: _____
- Dialysepflichtigkeit
- Sonstiges _____

Vorsorgeformen:

Patientenverfügung Vollmacht / Betreuung vorhanden

Pflegegrad: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 oder fehlt

Bitte bei Aufnahme mitbringen: Vorbefunde / ggf. Verlegungsbericht / ggf. Vormedikation / Einweisung

Angaben zum Anmelder

Datum Station / Arzt (Name/ Telefon): Stempel / einweisendes Krankenhaus / Arztpraxis :
