377

### Antrag zur Aufnahme auf der Palliativstation

Nach Einlangen dieses Antrags incl. der vorliegenden Befunde (Arztbriefe, Bericht mobiles Palliativteam/Palliativkonsiliardienst - falls vorhanden) wird Ihr/e Patient/in ggf. auf unserer Warteliste gereiht, Sie erhalten in den nächsten Tagen eine schriftliche Rückmeldung.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Patientdaten/Etikett:***  ***Geburtsdatum:***  ***Adresse:***  ***Telefonnummer:***  ***Versicherung:***  ***Erwachsenenvertretung:*** ❒ ja ❒ nein  In welchen Belangen:  ***Patientenverfügung:*** ❒ ja ❒ nein  (wenn ja bitte in Kopie beilegen) | | |
| ***Angehörige:***  ***Verhältnis zum Patienten:***  ***Name:***  ***Telefonnummer:*** | | |
| ***Anfordernde Stelle (Name, Telefon- und Faxnummer):*** | | |
| ***Diagnosen:*** | | |
| ***Zustand des Patienten:***  ❒ Mobil  ❒ Bettlägrig: ❒ ja ❒ nein  ❒ Weichlagerung  ❒ Spezialmatratze:  Welche:  ❒ Kommunikation möglich ❒ ja ❒ nein  ***Versorgung bisher:***  ❒ Selbstständig   * Kostform: ❒ Normalkost   ❒ Weiche Kost  ❒ Breiige Kost  ❒ Diät:  Welche:  ❒ Versorgung durch Angehörigen zu Hause  ❒ HKP  ❒ 24 Std. Pflege  ❒ Mobiles Palliativteam  ❒ Pflegeheim | | |
| Indikationen zur stationären Aufnahme | |
| ❒ | Fortschreitende *onkologische* Grunderkrankung *ohne* kurative Therapieansätze |
| ❒ | Fortschreitende *nicht-onkologische* Grunderkrankung *ohne* kurative Therapieansätze mit Indikation zur Aufnahme |
| Zielsetzung der stationären Aufnahme (PFLICHTFELD) | |
|  | Linderung eines ambulant nicht beherrschbaren komplexen Symptomgeschehens   * ausgeprägte Schmerzsymptomatik * ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik * ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik (Übelkeit/Erbrechen/anhaltende Obstipation uÄ) * ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore * Sonstiges: |
| ❒ | Psychosoziale Betreuung (Krankheitsbewältigung, Entlastung, Seelsorge, Weiterversorgung) |

### Kontraindikation

|  |  |
| --- | --- |
|  | (Nicht-)Onkologische Grunderkrankung mit kurativen Therapieansätzen |
|  | Patientenwunsch nach kurativen/lebensverlängernden Maßnahmen |
|  | Rein pflegerische Probleme |

### Voraussetzung

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ | Patient über Aufnahme auf Palliativstation aufgeklärt und damit einverstanden |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Diagnose**: ❒ vollständig ❒ teilweise ❒ nicht |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Stempel, Unterschrift Antragsteller