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 ❒ neinIn 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