

**Standort Deutschlandsberg**

Lehrkrankenhaus der  
Medizinischen Universität Graz

**Abteilung für Palliativmedizin**

Prim Dr. Gabriele TREICHLER, MBA MSc LLM  
Abteilungspräsidentin

T +43 3462 4411-2601

**Kontakt Palliativstation:**

Stationsleitung DGKP Jacqueline Jöbstl

T +43 3462 4411 2710

F +43 3462 4411 2709

www.lkh-weststeiermark.at

## Antrag zur Aufnahme auf der Palliativstation

Nach Einlangen dieses Antrags inkl. 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.

Im Falle einer Bettenzusage, sind die PatientInnen bitte Ihrerseits zu informieren.

**Patientendaten/Etikett:**

**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  
 Kommunikation möglich     ja     nein

**Versorgung bisher:**

- Selbstständig  
 Versorgung durch Angehörigen zu Hause  
 HKP  
 24 Std. Pflege  
 Mobiles Palliativteam  
 Pflegeheim

**Indikationen zur stationären Aufnahme (Pflichtfeld)**

<input type="checkbox"/>	Fortschreitende <i>onkologische</i> Grunderkrankung <i>ohne</i> kurative Therapieansätze
<input type="checkbox"/>	Fortschreitende <i>nicht-onkologische</i> Grunderkrankung <i>ohne</i> kurative Therapieansätze mit Indikation zur Aufnahme

**Zielsetzung der stationären Aufnahme (PFLICHTFELD)**

<input type="checkbox"/>	Linderung eines ambulant nicht beherrschbaren komplexen Symptomgeschehens <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik</li> <li><input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik</li> <li><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik (Übelkeit/Erbrechen/anhaltende Obstipation uÄ)</li> <li><input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges:</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Psychosoziale Betreuung (Krankheitsbewältigung, Entlastung, Seelsorge, Weiterversorgung)

**Kontraindikation**

<input type="checkbox"/>	(Nicht-)Onkologische Grunderkrankung mit kurativen Therapieansätzen
<input type="checkbox"/>	Patientenwunsch nach kurativen/lebensverlängernden Maßnahmen
<input type="checkbox"/>	Rein pflegerische Probleme

**Voraussetzung**

<input type="checkbox"/>	Patient über Aufnahme auf Palliativstation aufgeklärt und damit einverstanden
--------------------------	---

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

<input type="checkbox"/>	<b>Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht
--------------------------	---

Datum

Stempel, Unterschrift Antragsteller