

# Aufnahmekriterien und Anfrage Palliativstation

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Diagnose:

### Voraussetzungen:

- Erwachsener Patient mit unheilbarer Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium
- Patient und Angehörige sind über die Prognose der Erkrankung sowie die begrenzte Lebenserwartung informiert.
- Der Patient wünscht eine palliativmedizinische Behandlung bzw. ist mit ihr einverstanden.
- Patient und Angehörige sind informiert, dass der Aufenthalt auf der Palliativ Station von begrenzter Dauer ist.
- Aufklärung des Patienten über die Unmöglichkeit einer kurativen Therapie sowie in der Regel stattfindendes Unterlassen lebensverlängernden Maßnahmen.
- Ziel ist die Entlassung in einem gebesserten Zustand in die Autonomie, d. h. nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung oder in ein Hospiz.
- Der Patient befindet sich NICHT in der unmittelbaren Sterbephase.

### Aufnahmegründe:

- Ambulant nur unzureichend therapierbare Symptome (Schmerz, Dyspnoe, Übelkeit,...)
- Häufiger Punktionsbedarf (z.B. bei Aszites, Pleuraerguss)
- Notwendigkeit spezieller pflegerischer und/oder physiotherapeutischer Maßnahmen
- Notwendigkeit der stationären Betreuung durch Seelsorger und/oder Psycho(onko)logen
- Soziale Sicherung und/oder ambulante Pflegeversorgung noch nicht abgeschlossen
- Psychosoziale Gründe im Bereich der ambulanten Versorgung
- Notwendigkeit einer Therapie in der Terminalphase

### Sonstiges:

- Vorabvisite durch den Palliativmedizinischen Konsiliardienst erwünscht (nur hausintern)

Anfragender: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Anfragender

# PATIENTEN - ANMELDUNG Palliativstation

## EvK Herne



### Wer fragt an?

Hausarzt    Krankenhaus    Hospiz    aus dem Hause    Andere

Anfragende/r: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/Funktion: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy/Dect: \_\_\_\_\_

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

**Betreuer?**  ja    nein   **Bereiche:**  Gesundheit    Vermögen    Aufenthalt    Sonst.:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**    nein    ja    Kopie vorhanden?

**Vorsorgevollmacht:**    nein    ja    Original vorgelegt?

**Pflegesituation:**    mit Angehörigen    Pflegeheim    Hospiz    alleine

**Zimmerwunsch:**    Einzelzimmer    Doppelzimmer    „rooming- in“

Grunderkrankung: \_\_\_\_\_

akt. Problem/Einweisungsgrund: \_\_\_\_\_

Psychische Situation:  normal    belastet    extrem belastet

**Ressourcen:** \_\_\_\_\_

Behandlungsziel    stationär    ambulant

**Konkret:** \_\_\_\_\_

**Ab hier durch Palliativstation ausfüllen**

**Was wurde vereinbart?**

Aufnahme am: \_\_\_\_\_

Meldet sich wieder am: \_\_\_\_\_ bei wem? \_\_\_\_\_

Rückruf durch uns am: \_\_\_\_\_ durch wen? \_\_\_\_\_

**Wer hat den Anruf entgegengenommen?**

Ergebnis:

Name/ Kürzel: \_\_\_\_\_

Aufnahme am \_\_\_\_\_

Datum/ Zeit: \_\_\_\_\_

Ablehnung - warum: \_\_\_\_\_

Warteliste - wie lange: \_\_\_\_\_

Weitere Angaben: \_\_\_\_\_

Konsil - durch: \_\_\_\_\_