Aufnahmekriterien und Anfrage Palliativstation

Telefonnummer: 02323-498-2201 Faxnummer: 02323-498-2200

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 lebensverlängerten 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:_____