

Anmeldeformular Palliativ Patienten:



Luisenhospital
AACHEN

Patientendaten	Anmelderdaten
Name	Praxis/Klinik
Geb.	
	Tel.:
Krankenkasse	Fax.:

Diagnose: (Palliativ Hauptdiagnose):	
Relevante Nebendiagnosen:	
Patientenverfügung:	Vorsorgevollmacht:
Pflegegrad:	Infektion: nein
Pflegebedürftigkeit: A/S	MRSA: ja nein
	Sonstige:

NRS Scala 1-10; 0= nicht vorhanden; 10 = stärkst vorstellbar

Symptome	Stärke (NRS)
Schmerzen	
Schwäche	
Appetitmangel	
Luftnot	
Übelkeit/Erbrechen	
Schlaflosigkeit	
Angst	
Sonstige:	

Besonderheiten:	
Spezielle Wundversorgung	
Drainagen/ Pumpen	
Lagerung	
Fisteln/ Stoma	

Angehörige/ Bezugspersonen/ gesetzl. Betreuer:

Geplante Versorgung/ Patientenwunsch:

Angenommen von:

Freigabe: Dr. Steffen	Verantwortlich: CM/ Musch	Datum/ Version: 03.01.2017/V2	Seite 1 von 1
--------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------



Aufnahmeanfrage palliativer Patienten:

Luisenhospital

Patientendaten:

Zuweiser:
Rückfragen bei:
Name.
Tel.:
Fax:

Angehörige/ gesetzl. Betreuer:

Diagnosen:

Voraussetzung:

- erwachsener Patient mit unheilbar fortgeschrittener Tumorerkrankung **oder**
- erwachsener Patient mit unheilbar fortgeschrittener Nicht- Tumorerkrankung
- Patient und Angehörige sind über die Prognose der Erkrankung informiert

Aufnahmegründe:

- spezielle Symptombehandlung ist notwendig, die ambulant/ andernorts schwer Durchzuführen/einzuleiten ist (Schmerz, Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen...)
- häufiger Punktionsbedarf
- Notwendigkeit der Durchführung spezieller pflegerischer und/oder physiotherapeutischer Maßnahmen
- Notwendigkeit stationärer Betreuung durch Psychoonkologen und/oder Seelsorge
- soziale Sicherung und/ oder häusliche Versorgung nicht abgeschlossen organisiert

Datum/ Unterschrift Arzt: _____

Stempel der Klinik/Praxis:

Ansprechpartner im Luisenhospital:

Case Manager: Nicola Musch

0241/ 414- 6429

Palliativfachpflegekraft: Simone Steckel

0241/ 414- 6356

Oberarzt: Dr. Steffen Palliativmediziner:

0241/ 414- 6218

Bitte faxen sie das Formular an das Sekretariat der Medizinische Klinik:0241/ 414- 2215

Freigabe: Dr. Steffen	Verantwortlich: CM/ Musch	Datum/ Version: 03.01.2017/V2	Seite 1 von 1
--------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------