

Patientenaufkleber

Name: _____

Geb.Dat.: _____

Aufnahmekriterien

- Es liegt eine fortgeschrittene, nicht mehr heilbare Erkrankung vor.
- Es handelt sich um ambulant schwer beherrschbare Beschwerden, wie z. B. **starke Schmerzen, Atemnot, unkontrollierbares Erbrechen, Fatigue** oder **schwere psychische Beschwerden**.
- Der Patient ist darüber informiert, dass nur eine begrenzte Aufenthaltsdauer möglich ist. Eine Weiterversorgung wird (möglichst im häuslichen Umfeld oder einer anderen Einrichtung) während des Aufenthaltes vorbereitet.
- Der Patient muss über die palliative Situation aufgeklärt und mit der Aufnahme einverstanden sein.

Ausschlusskriterien

- Erhöhter Pflegeaufwand als einziges Anmeldekriterium
- Falsche Erwartungen und Hoffnungen bezüglich einer neuen Diagnostik oder einer neuen Heilbehandlung

Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Hauptdiagnose : _____

Nebendiagnosen: _____

Informationsstand des Patienten (z. B. Krankungsverlauf, Prognose): _____

Was ist der Grund der Anmeldung, was ist das **Behandlungsziel**? _____

Probleme

Schmerzen	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Übelkeit	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Erbrechen	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Luftnot	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Obstipation	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Schwäche	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Appetitlosigkeit	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Müdigkeit	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Pflegeprobleme wegen Wunden/Dekubitus	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Depressivität	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Angst	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Anspannung	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Desorientiertheit, Verwirrtheit	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Probleme mit Organisation der Versorgung	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Überforderung der Familie, des Umfeldes	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Sonstige:	☐ kein	☐ leicht	☐ mittel	☐ stark
Komplexes Symptomm Geschehen:	☐ Schmerzen ☐ respiratorisch ☐ gastrointestinal ☐ neurologisch/psychiatrisch/psychisch ☐ (ex)ulzerierende Wunden, Tumore ☐ Sonstiges: _____			

Medikation bis heute

- | | |
|---|--|
| ☐ Nichtopiode | ☐ Sedativa/Anxiolytika |
| ☐ Opiode WHO-Stufe 2 | ☐ Magenschutz |
| ☐ Opiode WHO-Stufe 3 | ☐ Antibiotika |
| ☐ Koanalgetika | ☐ Diuretika |
| ☐ Kortikosteroide | ☐ Kardiaka / Antihypertensiva |
| ☐ Antidepressiva | ☐ Sauerstoff |
| ☐ Antiemetika | ☐ Sonstige: _____ |
| ☐ Neuroleptika | |

Aktivitätsgrad

- ☐ Gehfähig, überwiegende Selbstversorgung
☐ Selbstversorgung möglich, braucht geringe Unterstützung
☐ Nur begrenzte Selbstversorgung möglich, überwiegend bettlägerig
☐ Voll pflegebedürftig

Voraussichtlich erforderliche Maßnahmen

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Psychische Stützung | ☐ Enterale Ernährung | ☐ Multimodale Schmerztherapie |
| ☐ Koordination der Weiterversorgung | ☐ Parenterale Ernährung | ☐ Pleurapunktion |
| ☐ Angehörigen-Anleitung | ☐ Medikamente s. c. | ☐ Aszitespunktion |
| ☐ Beratung durch Sozialdienst | ☐ Medikamente i. v. | ☐ Versorgung zentraler Zugänge (ZVK, Port...) |
| | ☐ Transfusion | |
| | ☐ Physiotherapie | |
| | ☐ Sonstiges: _____ | |

Zum Zeitpunkt der Verlegung/Aufnahme des Patienten auf Palliativstation A (Telefon: 02372 903 -401/-402) muss ein vollständiger Entlassungsbericht über den vorangegangenen stationären Aufenthalt vorliegen.

Datum	Ausfüllender Arzt	Telefon
-------	-------------------	---------

- Die auf der Vorderseite genannten Aufnahmekriterien für die palliative Versorgung sind erfüllt ☐ ja
 Ausschlusskriterien liegen **nicht** vor ☐ richtig
 Ein Entlassungsbericht wird zum Verlegungszeitpunkt vorliegen ☐ ja
 Der Anmeldebogen ist vollständig ausgefüllt ☐ ja

Unterschrift