

Per Fax bitte an

+49 2372 903-3551

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. Erkrankungsverlauf, Prognose): _____

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

Probleme

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

Medikation bis heute

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nichtopiode | <input type="checkbox"/> Sedativa/Anxiolytika |
| <input type="checkbox"/> Opiode WHO-Stufe 2 | <input type="checkbox"/> Magenschutz |
| <input type="checkbox"/> Opiode WHO-Stufe 3 | <input type="checkbox"/> Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> Koanalgetika | <input type="checkbox"/> Diuretika |
| <input type="checkbox"/> Kortikosteroide | <input type="checkbox"/> Kardiaka / Antihypertensiva |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Sauerstoff |
| <input type="checkbox"/> Antiemetika | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neuroleptika | |

Aktivitätsgrad

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

Voraussichtlich erforderliche Maßnahmen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychische Stützung | <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung | <input type="checkbox"/> Multimodale Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> Koordination der Weiterversorgung | <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung | <input type="checkbox"/> Pleurapunktion |
| <input type="checkbox"/> Angehörigen-Anleitung | <input type="checkbox"/> Medikamente s. c. | <input type="checkbox"/> Aszitespunktion |
| <input type="checkbox"/> Beratung durch Sozialdienst | <input type="checkbox"/> Medikamente i. v. | <input type="checkbox"/> Versorgung zentraler Zugänge (ZVK, Port...) |
| | <input type="checkbox"/> Transfusion | |
| | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | |
| | <input type="checkbox"/> 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