

Per Fax bitte an

**+49 2372 903-3551**

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

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Patientenaufkleber

#### 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

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 Symptomgeschehen:

Schmerzen  respiratorisch  gastrointestinal

neurologisch/psychiatrisch/psychisch

(ex)ulzerierende Wunden, Tumore

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Medikation bis heute**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nichtopioide        | <input type="checkbox"/> Sedativa/Anxiolytika        |
| <input type="checkbox"/> Opioide WHO-Stufe 2 | <input type="checkbox"/> Magenschutz                 |
| <input type="checkbox"/> Opioide 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            |
| <input type="checkbox"/> Koordination der Weiterversorgung | <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie        |
| <input type="checkbox"/> Angehörigen-Anleitung             | <input type="checkbox"/> Medikamente s. c.     | <input type="checkbox"/> Pleurapunktion         |
| <input type="checkbox"/> Beratung durch Sozialdienst       | <input type="checkbox"/> Medikamente i. v.     | <input type="checkbox"/> Aszitespunktion        |
|  | <input type="checkbox"/> Transfusion           | <input type="checkbox"/> Versorgung zentraler   |
|  | <input type="checkbox"/> Physiotherapie        | <input type="checkbox"/> Zugänge (ZVK, Port...) |
|  | <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