

Aufnahmekriterien und Anfrage Palliativeinheit

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Diagnose: _____

Voraussetzungen:

- Es handelt sich um einen erwachsenen Patienten 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 darüber informiert, daß der Aufenthalt auf der Palliativeinheit von begrenzter Dauer ist.
- Die Aufklärung des Patienten über die Unmöglichkeit einer kurativen Therapie sowie in der Regel stattfindendes Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen ist erfolgt.
- Ziel der Behandlung ist die Entlassung in einem gebesserten Zustand in die Autonomie, das heißt nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung oder in ein Hospiz.
- Der Patient befindet sich NICHT in der unmittelbaren Sterbephase.

Aufnahmegründe (bitte ankreuzen):

- Ambulant nur unzureichend therapierbare Symptome (Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit etc.)
- Häufiger Punktionsbedarf (zum Beispiel bei Aszites, Pleuraerguß)
- Notwendigkeit spezieller pflegerischer und / oder physiotherapeutischer Maßnahmen
- Notwendigkeit der stationären Betreuung durch einen Seelsorger und / oder Psychoonkologen
- Soziale Sicherung und / oder ambulante Pflegeversorgung noch nicht abgeschlossen
- Psychosoziale Gründe im Bereich der ambulanten Versorgung
- Notwendigkeit einer Therapie in der Terminalphase

Anfragender: _____ Telefon: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Patienten-Anmeldung Palliativeinheit EBS

Wer fragt an?

- Hausarzt
- Krankenhaus
- Hospiz
- Andere Einrichtung

Anfragender:

Ansprechpartner / Funktion: _____ Name: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Patient:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Pflegegrad: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Betreuer:

- ja
- nein

Bereiche:

- Gesundheit
- Vermögen
- Aufenthalt
- Sonstiges

Vorsorgevollmacht:

- ja
- nein

Pflegesituation:

- mit Angehörigen
- Pflegeheim
- Hospiz
- allein

Grunderkrankung:

Aktuelles Problem / Einweisungsgrund:

Psychische Situation:

- normal
- belastet
- extrem belastet

Ressourcen: _____

Behandlungsziel:

- stationär
- ambulant

Konkret: _____

Ab hier Ausfüllen durch die Palliativeinheit!

Was wurde vereinbart?

- Aufnahme am: _____
- Meldet sich wieder am: _____; bei wem? _____
- Rückruf durch uns am: _____; durch wen? _____

Wer hat den Anruf entgegengenommen?

Name: _____

Datum, Zeit: _____

Ergebnis:

- Aufnahme am: _____
- Ablehnung; Begründung: _____
- Warteliste; Zeitraum: _____

Weitere Angaben:
