

Anmeldung Palliativstation Fax 030. 81 810-77243

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____

Einweisender Arzt: _____

Klinik / Praxis / Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____

O SAPV Team: _____

O Pflegedienst: _____

Diagnosen / relevante Nebendiagnosen:

Aktuelle Problematik / Symptome / Aufnahmegrund:

_____ O Isolation (Grund) _____

Dringlichkeit:

Versorgungssituation: stabil instabil nicht mehr gewährleistet

Sonstige Information:

O Port O PEG O Tracheostoma O andere Stomata
O Wunden O Dekubitus O Sauerstoff O bettflüchtig

Soziale Situation:

Wohnsituation: allein mit Angehörigen Pflegeheim _____

Pflegegrad _____

Nächste Angehörige (Name, Telefon): _____

Patient informiert:

Erkrankung: ja nein Prognose: ja nein

Palliativstation: ja nein

Vollmacht / Betreuung: ja nein Bevollmächtigter: _____

Patientenverfügung: ja nein

VIELEN DANK für Ihre Anmeldung. Wir rufen Sie unter der angegebenen Telefonnummer (S.1) innerhalb eines Werktages zurück.

Datum

Name / Unterschrift des Anmeldenden

Weiteres Vorgehen von der Palliativstation auszufüllen:

Übernahme am: _____ geplantes Zimmer: _____

Telefonische Rücksprache / wir melden uns bei möglicher Übernahme

Bemerkung

Datum des Rückrufs

Name / Unterschrift