



Anmeldung zur Palliativbehandlung

Palliativabteilung

Dr. med. Joachim Sander, Oberarzt der Klinik für
Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie

Gabriele Schalk, Leitende Oberärztin der Klinik für
Gynäkologie & Geburtshilfe

Dr. med. Christoph Hüttich, Leitender Oberarzt
der Klinik für Allgemein- & Viszeralchirurgie

Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Patientenetikett	
Name: _____	Derzeitige Behandlung durch (Arzt): _____
Vorname: _____	Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium, plus Angabe des
Geb.-Datum: _____	ICD 10 Code: _____
Straße, Hausnummer: _____	_____
PLZ, Ort: _____	Begleiterkrankungen: _____
Krankenkasse: _____	_____

Patientenbeschreibung:

- Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.
- Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen oder wenige Monate)
- Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr durchführbar.
- Eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend und/od. nicht durchführbar.

Bisher durchgeführte Therapie: _____

Eine palliative Therapie ist erforderlich, Begründung: _____

- Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen.
- Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr = durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc.
- Psychosoziale Betreuung notwendig
- Der Patient ist über das Ausmaß seiner Erkrankung informiert.
- Eine intensivmedizinische Behandlung, sowie Wiederbelebungsmaßnahmen werden abgelehnt.

Sonstiges: Wunden, Verbände etc. _____

Zugänge, z. B. Port etc. _____

Infektionen, z. B. MRSA etc. _____

Ergänzende Informationen (Bemerkungen): _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift behandelnder Arzt: _____

Telefon und Fax: _____

Angehörigenkontaktdaten

Palliativabteilung

Dr. med. Joachim Sander, Oberarzt der Klinik für
Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie

Gabriele Schalk, Leitende Oberärztin der Klinik für
Gynäkologie & Geburtshilfe

Dr. med. Christoph Hüttich, Leitender Oberarzt
der Klinik für Allgemein- & Viszeralchirurgie

Angaben zu den nächsten Angehörigen:

Name: _____	Name: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Mobil: _____	Mobil: _____
Erreichbarkeit: _____	Erreichbarkeit: _____
Bemerkungen/Wünsche: _____	Bemerkungen/Wünsche: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____