

# Anmeldebogen für die Aufnahme von Patienten auf die Palliativstation/ in die Palliativbehandlung

Patientendaten Name: Geb. - Datum: Adresse:
--

Diesen **Bogen** für die Aufnahme auf die Palliativstation faxen an:  
 Dülmen (dCK) 02594/ 9221531  
Nottuln (nCK) 02502/ 22036109

**Ansprechpartner:**  
 für **dCK:** Fr. Janser Tel. 02594-9200  
 und/oder Stat. dDE 2 Tel. 02594-92 47058  
 für **nCK:** Hr. Dr. Borde Tel. 02502- 2200

1. Welche Erkrankung hat der Patient und in welchem Stadium befindet sich das Krankheitsbild?

---

2. Der Patient/Angehörige ist über die Erkrankung und Prognose aufgeklärt  
 Ja  Nein

---

3. Der Patient/Angehörige kennt den Sinn und Zweck einer Palliativstation (Verbesserung von Symptomen/Problemen von Patienten im Endstadium einer Erkrankung, z.B. metastasierte Krebserkrankung)?  
 Ja  Nein

---

4. Der Patient leidet unter folgenden Symptomen/Problemen:

Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Luftnot	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Häusl. Versorgung unklar	<input type="checkbox"/>	Krankheitsverarbeitung	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit/Depression	<input type="checkbox"/>	sonstige: _____	

(bitte ausfüllen!)

5. **Angaben nur für nCK:** Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte  
 klinische Einschätzung der kognitiven. Situation: \_\_\_\_\_

6. **Aktuell infektiös:** MRSA  ESBL / \_\_\_\_\_

7. Welches Behandlungsziel steht im Vordergrund?

---

8. Der Patient/Angehörige ist darüber aufgeklärt, dass die Behandlung auf der Palliativstation mindestens 1 Woche bis ca. 2 Wochen dauert und danach eine Entlassung (nach Hause, ins Hospiz, in die Kurzzeitpflege) organisiert wird  
 Ja  Nein

9. Chemotherapie zur palliativen Symptomtherapie indiziert/wird momentan eine palliative Chemotherapie durchgeführt?  Ja  Nein

10. Welcher ärztliche Kollege ist verantwortlich und Ansprechpartner für Rückfragen?

Name	Rufnummer
------	-----------

# Anmeldebogen für die Aufnahme von Patienten auf die Palliativstation/ in die Palliativbehandlung

11. Ich wurde über Anmeldung auf der Palliativstation informiert und bin mit Weitergabe meiner Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Pat./Bevollmächtigter

---

## Rückmeldung an den Anmeldenden (nur durch Christophorus-Kliniken auszufüllen)

Übernahme auf die Station dDE 2 dCK (Palliativstation)  Ja  Nein  auf Abruf

Übernahme in die geriatrische palliativmedizinische Behandlung (nCK)  Ja  Nein  auf Abruf

Übernahme möglich am : \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift