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

CHRISTOPHORUS KLINIKEN COESFELD DÜLMEN NOTTULN

Patientendaten
Name:
Geb. - Datum:
Adresse:

Diesen **Bogen** für die Aufnahme auf die Palliativstation faxen an:
Dülmen (dCK) 02594/ 92 21531
Nottuln (nCK) 02502/ 22036109

Ansprechpersonen:
für **dCK**: Hr. Dr. Deiters Tel. 02594-23030
und/oder Stat. dDE 2 Tel. 02594-92 47058
für **nCK**: Hr. Dr. Gösling Tel. 02502- 2200

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

   _____

2. Die/Der Patient:in/Angehörige ist über die Erkrankung und Prognose aufgeklärt
   ☐ Ja ☐ Nein

   _____

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

   _____

4. Die/Der Patient:in leidet unter folgenden Symptomen/Problemen:

Schmerzen	☐	Luftnot	☐
Übelkeit	☐	Erbrechen	☐
Häusl. Versorgung unklar	☐	Krankheitsverarbeitung	☐
Traurigkeit/Depression	☐	sonstige: _____ (bitte ausfüllen!)	

5. **Angaben nur für nCK:** Barthel-Index: _____ Punkte

   klinische Einschätzung der kognitiven. Situation: _____

6. **Aktuell infektiös:** MRSA/ 4-MRGN ☐ 3-MRGN/ VRE ☐ _____ ☐

7. Welches Behandlungsziel steht im Vordergrund?

   _____

   _____

8. Die/Der Patient:in/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. Welche:r ärztliche Kolleg:in ist verantwortlich und Ansprechperson für Rückfragen?

_____ _____
Name Rufnummer

11. An welche Telefax-Nummer soll die Rückmeldung geschickt werden?

_____ _____
Name Rufnummer

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

_____ _____
Datum Unterschrift Pat. /Bevollmächtigter

Rückmeldung an den Anmeldenden (durch Christophorus Kliniken auszufüllen)

Übernahme auf die Palliativstation in Dülmen (dCK) ☐ Ja ☐ Nein ☐ auf Abruf

Übernahme zur geriatrischen palliativmedizinischen Behandlung in Nottuln (nCK)
☐ Ja ☐ Nein ☐ auf Abruf

Übernahme möglich am: _____ um _____ Uhr

_____ _____
Datum Unterschrift