

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

Patientendaten

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Diesen Bogen **faxen an:**

Palliativstation (dCK) 02594 92-21531

Palliativbetten Nottuln (nCK) 02502 220-36109

**Ansprechpersonen:**

für **dCK:** Hr. Dr. Deiters Tel. 02594 92-23030

und/oder Stat. dDE 2 Tel. 02594 92-47058

für **nCK:** Hr. Dr. Gösling Tel. 02502 220-0

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)?

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

\_\_\_\_\_ Faxnummer

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

---

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