

# Anmeldebogen für stationäre palliative Behandlung in der Palliativeinheit des Städtischen Klinikums Wolfenbüttel

Name, Vorname des Pat.: \_\_\_\_\_  
Geb Dat. des Pat.: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. des Pat. \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/Betreuer: \_\_\_\_\_  
Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. des Einweisers: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse des Pat.: \_\_\_\_\_

## Aufnahmekriterien (alle müssen erfüllt sein):

- Erwachsener Patient mit weit fortgeschrittener progredienter Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.
- Es besteht eine medizinische Indikation zur Symptomkontrolle von Schmerzen, Übelkeit, Obstipation, Unruhe, Luftnot, und/oder eine psychosoziale Indikation.
- Die gewünschte Lebensqualität kann nur mit stationären Maßnahmen, aber nicht mit ambulanter Versorgung verbessert oder erhalten werden.
- Der Patient ist über seinen Krankheitszustand und seine Prognose aufgeklärt.
- Der Patient (bzw. Betreuer/Angehöriger) wünscht die Aufnahme auf die Palliativeinheit und ist informiert, dass diese kein Hospiz ist.

Hauptdiagnose des Pat.: \_\_\_\_\_

## Probleme des Pat.:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> • Schmerzen                        | <input type="checkbox"/> • Schwäche / Müdigkeit        |
| <input type="checkbox"/> • Übelkeit / Appetitmangel         | <input type="checkbox"/> • Depressivität / Angst       |
| <input type="checkbox"/> • Erbrechen                        | <input type="checkbox"/> • Probleme mit der Versorgung |
| <input type="checkbox"/> • Luftnot                          | <input type="checkbox"/> • Überforderung des Umfeldes  |
| <input type="checkbox"/> • Verstopfung                      |  |
| <input type="checkbox"/> • Sonstige Probleme: Welche? _____ |  |

Hauptziel der Behandlung: \_\_\_\_\_

Dringlichkeit der Aufnahme:       sehr hoch       mittel       gering

Die Palliativstation ist kein Hospiz.

Ziel der Palliativtherapie ist es, dem Pat. und seinem Umfeld bei Problemen im Rahmen seiner unheilbaren Erkrankung zu helfen. Sie dient der Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität.

Den Anmeldebogen bitte an die **Fax-Nummer 05331-934-3202** des Sekretariats der Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie am Städtischen Klinikum Wolfenbüttel. Innerhalb eines Werktages wird ihnen fermündlich eine Antwort zugehen.