



<p>Einweisende Ärztin/Arzt (Praxisstempel):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	<p>Patientendaten:</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Geb.-Datum: <input type="text"/></p> <p>Ansprechpartner mit Telefonnummer: <input type="text"/></p>
--	---

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Sie möchten gerne eine Patientin / einen Patienten zur geplanten stationären Aufnahme auf der Palliativstation anmelden.

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen aus und lassen Sie ihn uns unter der **Faxnummer 06661 - 81 2061** oder per **E-Mail an palliativstation-schluechtern@mkkliniken.de** zukommen. Gerne können Sie zusätzlich auch unter der **Telefonnummer 0152 – 5478 5739** mit uns Kontakt aufnehmen. Wir werden uns dann mit dem Patienten bzw. dem genannten Ansprechpartner in Verbindung setzen und einen Aufnahmetermin vereinbaren. Der Patient benötigt bei Aufnahme eine Verordnung zur stationären Krankenhausbehandlung.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Team der Palliativstation

<p><u>Grunderkrankung (palliativmedizinisch relevant):</u></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

<p><u>Wesentliche Begleiterkrankungen:</u></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>



Funktionsstatus (ECOG) bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	ECOG 0: normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung
<input type="checkbox"/>	ECOG 1: Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig. Leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen möglich
<input type="checkbox"/>	ECOG 2: gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig. Kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen
<input type="checkbox"/>	ECOG 3: nur begrenzte Selbstversorgung möglich. 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden
<input type="checkbox"/>	ECOG 4: völlig pflegebedürftig. Keinerlei Selbstversorgung möglich. Völlig an Bett oder Stuhl gebunden

Symptomlast bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Komplexe Wundversorgung
<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Depressivität/Angst
<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Desorientiertheit/ Delir
<input type="checkbox"/>	Luftnot	<input type="checkbox"/>	Überforderung der Familie
<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Probleme mit der Organisation der Versorgung
<input type="checkbox"/>	Schwäche/ Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
<input type="checkbox"/>	Appetitmangel		

Ergänzungen:

Vielen Dank!

Ihr Team der Palliativstation