ASKLEPIOS	**Anmeldung - stationäre Palliativbehandlung**	Ansprechpartner: Annett Heydorn	
Geltungsbereich: Somatik	**Formular**	849658	17-GER

Das ausgefüllte Formular per Fax an 040/ 18 18 87 2774 senden

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter 040 – 18 18 87 9997

☐ Hausärztliche Einweisung ☐ Verlegung aus Klinik

Patient und/oder bevollmächtigter Angehöriger sind über die Verlegung auf die Palliativstation informiert und damit einverstanden (inkl. DNR/DNI). ☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung ☐ Ja ☐ Nein
Ist eine Betreuung eingerichtet ☐ Ja ☐ Nein

Übernahme gewünscht ab

Anfrage von: Rückrufnummer:

Angenommen von: am:
(leserlich) Arzt/PFK

Patientendaten		Zusatzinformationen
Name		Infektionen ☐ Ja ☐ Nein
Vorname		_____ Diarrhoe ☐ Ja ☐ Nein
Geb. Datum		☐ motorische Beeinträchtigung ☐ kognitive Beeinträchtigung ☐ psychische Beeinträchtigung ☐ Sprach-/Sprech-/Schluckstörung ☐ Hilfestellung beim Essen ☐ Hilfestellung beim An-/Auskleiden ☐ Hilfestellung beim Toilettengang ☐ PEG ☐ Tracheostoma ☐ Dekubitus Grad _____ ☐ Inkontinenz
Straße		
Wohnort		
Telefon		
Angehörige		
Telefon		
Versicherung	☐ GKV ☐ PKV	Mobilität: ☐ selbstständiger Transfer ☐ Gehstützen ☐ Rollator /Rollstuhl ☐ aktuell bettlägerig
Arztwahl	☐ mit Chefarzt	
Krankenkasse		

Diagnosen (fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung):

Symptome (mit erheblichen Leidensdruck):	☐ Schmerz ☐ Angst / Unruhe / Agitation ☐ Dyspnoe ☐ Übelkeit / Erbrechen ☐ Müdigkeit / Abgeschlagenheit ☐ Familiäre Belastung / Versorgung

Häusliche Situation