

Anfrageformular an die Palliativstation

Email: palliativstation@amstetten.lknoe.at, Telefon: 07472/9004-15335

Datum:	Anmeldung durch (Name/Verhältnis/Organisation/Tel.Nr.):	
	Ist Patient:in über Anfrage und Leistungen der Einrichtung informiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Persönliche Angaben: <ul style="list-style-type: none"> • Vor- und Nachname von Patient:in: • Geburtsdatum inkl. SV-Nr.: • Adresse: • Telefonnummer: • Sozialversicherungs-Träger: 	Kontaktperson: <ul style="list-style-type: none"> • Vor- und Nachname von Kontaktperson: • Telefonnummer: 	Erwachsenenvertretung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Überweisende Stelle: <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt/Fachärztin/Facharzt <input type="checkbox"/> Klinikum <input type="checkbox"/> PKD <input type="checkbox"/> MPT	Patient:innenverfügung/Vollmacht vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Derzeitige Versorgung: Bereits durch Organisationen betreut: <input type="checkbox"/> Mobiles Palliativteam <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege <input type="checkbox"/> 24h Betreuung <input type="checkbox"/> Weitere	Ist die/der Patient:in über Erkrankung vollständig aufgeklärt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Best Supportive Care	
Medizinische Diagnosen:	Hauptsymptome:	
Grund der Zuweisung: <input type="checkbox"/> Schmerzeinstellung <input type="checkbox"/> Symptomkontrolle <input type="checkbox"/> Psychische Entlastung <input type="checkbox"/> Soziale Indikation Begründung: <input type="checkbox"/> Allgemeine Indikation (Allgemeinzustand)	Dringlichkeit/Akutsituation: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja warum:	
Noch ausständige Untersuchungen/Termine: <small>(z.B. Termin für Port-Implantation, Endoskopische Eingriffe, Nahtentfernungen, laufende onkologische Therapien, Bestrahlungen etc.)</small> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche inkl. Termine:		

Ist Patient:in transportfähig: Ja Nein

Spezielle Medikamente (Zytostatika/Immunsuppressivum etc.)¹

– wenn ja welche:

Wundversorgung (z.B. V.A.C.-Systeme, spezielle Wundverbände)²

– wenn ja welche:

Stomaversorgung (z.B. Tracheostoma, Colostoma, Nephrostoma etc.)³

– wenn ja welche:

Schmerzpumpe⁴

– wenn ja welche inkl. aktuelle Einstellung:

Port-Nadel

Letzter Wechsel:

Nadellänge:

Funktionale und psychosoziale Situation:

Mobilität von Patient:in:

Selbstständig Teilweise Selbstständig Immobil

Ernährung:

Normal Unterstützt Über Sonde Parenteral

Psychosoziale Belastung:

Pflegebedarf:

Selbstständig Teilweise 24h

Welche konkreten Ziele sollen erreicht werden?

Stellungnahme des Palliativteams

Es wird verlässlich am folgenden Werktag zurückgerufen, um die Indikation für eine Aufnahme auf der Palliativstation zu klären!

 Datum und Unterschrift Arzt/Ärztin bzw. Pflegeperson
Antragstellende Person

¹ Wir bitten Sie bereits vorhandene Medikamente zum Aufenthalt mitzubringen.

² Wir bitten Sie bereits vorhandene Wundversorgungen zum Aufenthalt mitzubringen.

³ Wir bitten Sie bereits vorhandene Materialien zur Stomaversorgung zum Aufenthalt mitzubringen.

⁴ Wir bitten Sie den Ortswechsel der zuständigen Schmerzpumpen-Firma bekannt zu geben.