

Universitätsklinikum Leipzig

Medizin ist unsere Berufung

**Klinik und Poliklinik für
Anästhesiologie und Intensivtherapie**
Direktor: Prof. Dr. med. S. Stehr

Palliativstation

Anmeldebogen Palliativstation

Patientenetikett	
oder:	
Name, Vorname	_____
Geb.-Datum	_____
Fallnummer	_____

Telefon: 0341- 97 10681	Fax: 0341- 97 12529	Datum: _____	
		Anmeldung durch	
		Tel. für Rückfragen:	

MRE-Nachweis ? nein / ja: Welche(r)? _____ Wo? _____ Welche(r)? _____ Wo? _____	Energetische Anti- Dekubitus Matratze? nein / ja	Sauerstoffpflicht? nein / ja: _____/min
--	---	--

Hauptdiagnosen/Nebendiagnosen

<u>Zuweisungsgründe:</u>	<u>Bemerkungen</u>
Symptome:	
• Schmerzen	
• Respiratorische Symptome	
• Gastrointestinale Symptome	
• Unruhe/ Verwirrtheit	
Pflegeprobleme	
Wunden/ (Saug-) Drainagen	
Ernährungsprobleme	
Psychische Probleme/ Soziale Situation	
Entlastung der Angehörigen	
Sonstiges	

**Nächster Angehöriger/Bezugsperson/ggf.
gesetzliche Betreuer (Name/ Tel.):**

**Hausarzt/Onkologe:
(Name, Telefonnummer)**

Informationsstand der Patientin/des Patienten (z.B. Prognose, Erkrankungsverlauf, Therapie)

Erwartungen an die Palliativstation: