

**Anfrage stationäre Aufnahme**  
**FAX (0661) 84-3398**

**Zentrum für Palliativmedizin**  
Ärztlicher Leiter  
Dr. med. Sebastian Schiel  
Telefon: (0661) 84-3399  
Telefax: (0661) 84-3398

Einweisender Arzt/Praxisstempel
---------------------------------

Ansprechpartner mit Telefonnummer:
------------------------------------

**Patientendaten:**

Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Palliativmedizinisch relevante Grunderkrankung:
---

Indikation zur stationären Aufnahme:
--------------------------------------

Wesentliche Begleiterkrankungen:
----------------------------------

**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 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 und Stuhl gebunden

**Symptomlast bitte ankreuzen:**

	keine	leicht	mäßig	stark	extrem stark
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst/ Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorientiertheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ergänzungen:**

Kontakt Angehörige/ gesetzl. Betreuer	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden (bitte Kopie mitsenden)
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden (bitte Kopie mitsenden)
SAPV-Anbindung?	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden, wo?
Hospizantrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nicht gestellt <input type="checkbox"/> gestellt, wann/wo?

**Bitte letzten Arztbrief vom Krankenhausaufenthalt mit faxen!**