**Patient\*innen-Anmeldung / Nr.** **\_\_\_\_\_\_**

**an der Palliativstation der 5. Medizinischen Abteilung**

|  |
| --- |
| NAME:       SVN:        ADRESSE:        Procuratio:  nein  ja, vom       Pflegestufe:       Erhöhung am:  Derzeit:  stationär  anderes: |

|  |
| --- |
| ZUWEISER\*IN: Name:  Station:  Tel.:       Fax: |

DIAGNOSEN:

Besonderheiten:

Orientierung:  ja  nein  teilweise

Über die Erkrankung aufgeklärt:  ja  nein

|  |
| --- |
| **Soziales Umfeld**  Erwachsenenvertreter\*in:  nein  ja:  Patientenverfügung:  nein  ja:  Vertrauenspersonen / Organisation / Name / Adresse / Tel.:          Sonstiges: |

|  |
| --- |
| **TERMINE**  Erstgespräch:       Aufnahme:  Erhoben von:       am: |

**Patient\*innen-Visite**

Aufnahmegrund:

Weitere Diagnosen:

CHT:  ja  nein Bestrahlung:  ja  nein

Therapien:

Schmerztherapie:

**Medikation**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **morgens** | **mittags** | **abends** | **nachts** | **Kommentar** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Medikamentenunverträglichkeiten / Allergien:

|  |
| --- |
| **Allgemeinzustand**  Mobilität:  Orientierung:  Ernährung:  Spezielle Pflege: |

Wünsche / Ziele:

|  |
| --- |
| Erhoben von:       am: |