**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:       |