

**Akad. Lehrkrankenhaus der
Universität Duisburg-Essen**

Klinik für Palliativmedizin

**Direktorin:
Dr. med. Eva Reumkens**

Telefon: 0201 / 174 - 24303

Telefax: 0201 / 174 - 24350

Telefon 0201 / 174 - 24351 (Station)

Telefon 0202 / 174 - 24355 (Tagesklinik)

Henricistraße 92 45136 Essen

palliativmedizin@kem-med.com

www.kem-med.com

An: Klinik für Palliativmedizin

Evang. Kliniken Essen-Mitte

Frau Dr. Eva Reumkens

Fax: 0201 / 174 - 24350

E-Mail: palliativmedizin@kem-med.com

Anmeldung für: ☐ Palliativstation

☐ Tagesklinik

Datum: _____

Kontaktformular zur Aufnahme in der Klinik für Palliativmedizin

<u>Patientendaten:</u>	<u>Einweisende Ärztin / Arzt (Praxisstempel):</u>
Name:	
Vorname:	
Geb.-Datum:	
Anschrift:	
Ansprechpartner mit Telefonnummer: 	

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Sie möchten gerne eine Patientin / einen Patienten zur geplanten stationären Aufnahme auf der Palliativstation oder ambulant in der Tagesklinik anmelden?

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen aus und lassen Sie ihn uns unter der **Faxnummer 0201 / 174 - 24350** oder per E-Mail an palliativmedizin@kem-med.com zukommen. Gerne können Sie zusätzlich auch unter der **Telefonnummer 0201 / 174 - 24351** mit uns Kontakt aufnehmen. Wir werden uns dann mit ihrer Patientin/ ihrem Patienten bzw. den genannten Ansprechpartnern in Verbindung setzen und einen Aufnahmetermin bzw. Vorstellungstermin vereinbaren.

Die Patientin / der Patient benötigt bei Aufnahme eine Verordnung zur stationären Krankenhausbehandlung.

Wir bitten vorab um folgende Informationen:

Palliativmedizinische Diagnose:

Kontaktformular zur Aufnahme in der Klinik für Palliativmedizin

Komplexes Symptomgeschehen:

Relevante Nebendiagnosen:

Besonderheiten (Spezielle Wundversorgung, Dekubitus, sonstiges):

Der Patient / die Patientin ist über die Erkrankung und Prognose aufgeklärt?

☐ Ja / ☐ Nein

Der Patient / die Patientin kennt den Sinn und Zweck einer palliativmedizinischen Behandlung
(Verbesserung von Symptomen im Endstadium einer Erkrankung)?

☐ Ja / ☐ Nein

Eine Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht liegt vor?

☐ Ja / ☐ Nein

Liegt ein Pflegegrad vor?

☐ Nein / ☐ Ja Grad _____

Sind andere Institutionen bereits in die Versorgung integriert (Pflegedienst, AAPV, Ehrenamt u.a.)?

☐ Nein / ☐ Ja welche _____?

Der Patient / die Patientin ist frei von ansteckenden Krankheiten

☐ Ja / ☐ Nein welche _____?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,

Das Team der Klinik für Palliativmedizin