

Konsilanforderung - Klinische Abteilung für Palliativmedizin

KIM I - 17K - FM

gültig ab: 18.10.2022

Version 02

Seite 1 von 1

Patient*innenetikette

Bitte an 78600 faxen!

Datum: _____

Zuweisende Station ▶	Beh. Ärztin/Arzt ▶
Telefon/DW ▶	Pager ▶
Diagnose(n) ▶	

Grund für die Anforderung des Palliativteams ▶

Stationäre Übernahme der Patientin/des Patienten

Konsiliarische Betreuung vor Ort

Zuweisungsgründe ▶ (Mehrfachangaben sind möglich)

Schmerzen Atemnot Übelkeit/Erbrechen Psych. Probleme

Ernährungsprobleme/Kachexie/Sarkopenie Soziale Situation Entlastung der Angehörigen/Betreuenden

Betreuung in der Terminalphase Pflegeprobleme Sonstige

Aktuelle Pflege- und Betreuungssituation ▶ A1 A2 A3

Bisher vollständig selbstständig ja nein

Patient*in ansprechbar und orientiert ja nein

*Für onkologische Patient*innen:*

Patient*in steht derzeit unter aktiver antineoplastischer Therapie ja nein

Patient*in darüber informiert, dass ein Aufenthalt auf einer Palliativstation durchschnittlich 3 Wochen beträgt und eine Palliativstation nicht für eine Langzeitversorgung ist ja nein

Entlassungsmanagement ▶

Zu Hause gut versorgt ja nein *Datum:* _____

Pflegegeldantrag eingebracht ja nein *Datum:* _____

Pflegeheimantrag eingebracht ja nein *Datum:* _____

Sozialarbeiter*in bereits eingeschaltet ja nein

Liegedauer auf Ihrer Station: _____ Tage

Informationsstand der Patient*innen betreffend die Erkrankung ▶

Prognose voll teilweise gar nicht unbekannt

Erkrankungsverlauf voll teilweise gar nicht unbekannt

Behandlung voll teilweise gar nicht unbekannt

Information über Palliativ Konsil ▶

Patient*in ist über Besuch und Aufgaben des Palliativteams informiert erfolgt nicht erfolgt

Mit Patient*in ist ein Gespräch über Wiederbelebungsmaßnahmen erfolgt nicht erfolgt

Unterschrift der Ärztin/Arzt

Klinikstempel

Dokument der Sicherheitsklasse: 1	Funktion	Name oT	Datum	Unterschrift
erstellt	AL	E. K. Masel	14.10.2022	e.h.
geprüft	QB	M. Treiber	14.10.2022	e.h.
freigegeben	AL	E. K. Masel	14.10.2022	e.h.