

## Anmeldung zur Palliativversorgung vollstationär

Bitte **vollständig ausgefüllt:**

per Mail an BEB-PaGe-Berlin@helios-gesundheit.de oder per Fax an (030) 81 02-44401

**Patient:in:**

Vor- & Nachname:  
geb:  
Geschlecht:  
Adresse mit PLZ:

**Zuweiser:in** (Stempel/zuständige/r Stationsärzt/in  
mit Tel.Nr.: ergänzen)

Krankenkasse:  privat  zusatzversichert  Chefarzt

**Grunderkrankung:**

**Metastasen:**  Lunge  Pleura ( mit Erguss)  Leber  Hirn

Knochen:

Abdomen:

Sonstige:

**geplante Weiterbehandlung** (z.B. Radiatio / Chemotherapie / OP):

**Aktuelle Beschwerden/Symptomlast:**

**Sonstiges:**

**Einzelzimmer:**  ja  nein  ggf. **Rooming in:**  ja  nein

**Isolationsbedarf:**  ja  nein, *wenn ja*, welche Erreger:

**Decubitus:**  ja  nein

**Covid-19-Infektion**  ja (aktuell)  nein

**Unruhetendenz:**  keine  wenig-mäßig  stark

**Notwendigkeit einer Sitzwache:**  ja  nein

**soziale Situation:**  alleine lebend  mit Familie lebend  mit Pflegedienst  Heim  SAPV

**Bezugsperson:**

**Aktueller Aufenthaltsort:**

**Weitere Informationen:**

**Name des Anrufers mit Telefonnummer:**

**Datum/Unterschrift des/r Zuweiser:in oder der ausfüllenden Person:**