**Helios Klinikum Emil von Behring**
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité
Klinik für Palliativmedizin und Geriatrie
**Chefärztin**: Frau Dr. med. Wiebke Nehls
**Oberärztinnen**: Dres. med. Sandra Delis und Cathleen Thätner

# 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:

Krankenkasse:

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

---

## 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) ☐ ja (Datum: ) ☐ nein
**Sars-CoV2-Impfung:** ☐ vollständig ☐ unvollständig ☐ 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:**

---

Träger: Helios Klinikum Emil von Behring GmbH, Sitz der Gesellschaft: Berlin, HRB 94346 B • USt-IdNr.: DE814332827
Geschäftsführer: Florian Kell, Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Sebastian Heumüller, Ärztlicher Direktor: Prof. Holger Rüssmann
Bankverbindung: Commerzbank, Konto 4 105 844 700, BLZ 120 800 00, IBAN DE58 1208 0000 41058 44700, BIC DRESDEFF120