

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 mit Tel.-Nr. ergänzen):

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:

Datum/Unterschrift des/r Zuweiser:in: