



**Stationäre Anmeldung**  
Klinik für Palliativmedizin per Fax 089 1797-2908

Romanstr. 93  
80639 München

Telefon 089 1797-2916

**Telefax 089 1797-2908**

palliativ@barmherzige-muenchen.de  
www.barmherzige-muenchen.de

Patienten-Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Wahlleistung Einzelzimmer:  ja  nein

Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Klinik / Praxis / Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

SAPV Team \_\_\_\_\_  Pflegedienst \_\_\_\_\_

**Diagnosen / relevante Nebendiagnosen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Problematik / Symptome / Aufnahmegrund:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Isolation (+Grund) : \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Einweisender Arzt



**Sonstige Information:**

- Port                       PEG                       Tracheostoma     andere Stomata  
 Wunden                     Dekubitus               Größe bei Überlänge \_\_\_\_\_  
 Sauerstoff                 bettlüchtig             Sprachbarriere \_\_\_\_\_

**Wir bitten Sie freundlich Drainagen, Katheter und venöse Zugänge zu belassen.**

**Soziale Situation:**

Wohnungssituation:  allein     mit Angehörigen     Pflegeheim \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_

Nächste Angehörige (Name, Telefon): \_\_\_\_\_

**Patient informiert:**

Erkrankung:  ja     nein

Prognose:  ja     nein

Palliativstation:  ja     nein

Aufenthaltsdauer besprochen:  ja     nein

Vollmacht / Betreuung:  ja     nein    Bevollmächtigte/r: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung:  ja     nein

**VIELEN DANK** für Ihre Anmeldung, wir rufen sie unter angegebener Nummer (Seite 1) innerhalb eines Werktages zurück um eine Aufnahme zu besprechen / bestätigen sowie zu terminieren

Weiteres Vorgehen von Palliativstation auszufüllen

Übernahme am : \_\_\_\_\_                      Geplantes Zimmer: \_\_\_\_\_

telefonische Rücksprache / wir melden uns bei möglicher Übernahme \_\_\_\_\_

Bemerkung

Datum des Rückrufs

Unterschrift