

Patient
 Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
 Straße, Nr.: _____ Wohnort: _____
 Krankenkasse: _____ Pflegestufe: _____



Palliativstation
 Dr. med. Marc Theisen
 Telefon 0251. 5007-2640
 Telefax 0251. 5007-2647
 palliativ.raphaelsklinik@alexianer.de



MAgKs
 Münsteraner Allianz gegen Krebs

Patientendaten

Betreuer: ja nein / Bereiche: Gesundheit Vermögen Aufenthalt

Name: _____ Telefon: _____

Patientenverfügung nein ja Vorsorgevollmacht nein ja

Pflegesituation: alleine mit Angehörigen Pflegeheim Hospiz

Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer Angehörige „rooming-in“ Gästezimmer

Grunderkrankung _____

Problem / Einweisungsgrund _____

Psychische Situation: unbelastet belastet extrem belastet

Ressourcen _____

Behandlungsziel stationär ambulant

Konkret: _____

Kontakt Daten - wer ruft an ?

Hausarzt Clemenshospital FK Hornheide UKM Krankenhaus _____

Andere: _____

Ansprechpartner _____

Telefon _____

Ort, Datum

Unterschrift Anfordernder

~~~~~  
 ☞ **wird von der Palliativstation der Raphaelsklinik ausgefüllt!!!** ☜

**Was wurde vereinbart?**

Aufnahme - am: \_\_\_\_\_

Meldet sich wieder am: \_\_\_\_\_ bei wem? \_\_\_\_\_

Rückruf durch uns am: \_\_\_\_\_ durch wen? \_\_\_\_\_

**Wer hat den Anruf entgegengenommen?**

Name / Kürzel \_\_\_\_\_

Datum / Zeit \_\_\_\_\_

**Ergebnis:**

**Bemerkung:**

Aufnahme am: \_\_\_\_\_

Ablehnung – warum: \_\_\_\_\_

Warteliste – wie lange: \_\_\_\_\_

Konsil – wer: \_\_\_\_\_