

Datum: \_\_\_\_\_

- Voranmeldung  
 Akut-Anmeldung



**Palliativstation St. Raphael**  
**Göttlicher Heiland Krankenhaus Wien**  
[palliativstation@khgh.at](mailto:palliativstation@khgh.at)  
Tel.: 01/40088 - 2450  
Fax: 01/40088 - 2499

## Anmeldung Palliativstation

*Bitte beachten Sie, dass der Aufenthalt auf einer Palliativstation dazu dienen soll, akute Probleme medizinischer und pflegerischer Natur zu verbessern, was im Regelfall eine Aufenthaltsdauer von **2-3 Wochen** bedeutet. Zeitlich darüber hinausgehende Aufenthalte sind leider nur in Ausnahmefällen möglich.*

PatientIn		
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Familienstand:	Telefonnummer:
Adresse:		
Aktueller Aufenthaltsort (zuhause/Spitalsabteilung/PensionistInnenheim etc.)		
Kommunikation: <input type="checkbox"/> unbeeinträchtigt <input type="checkbox"/> neurologisch beeinträchtigt <input type="checkbox"/> Sprachbarriere (Muttersprache _____)		
Mobilität: <input type="checkbox"/> selbstständig gehfähig <input type="checkbox"/> gehfähig mit Hilfe <input type="checkbox"/> Bettlägerig, Querbett möglich <input type="checkbox"/> vollständig bettlägrig		
Hauptdiagnose(n):		
Geplante Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Immuntherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> sonstige (z.B. Dialyse):		
Aktuelle Problematik, Wünsche PatientIn, Erwartungen an die Palliativstation:		
PatientIn aufgeklärt über: <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Anmeldung <input type="checkbox"/> begrenzte Aufenthaltsdauer bei uns		
Bezugspersonen		
Name	Verhältnis	Telefonnummer
Hausarzt/ärztin:		

<b>Aktuelle Betreuungssituation</b>	
<input type="checkbox"/> im häuslichen Umfeld lebend, alleine <input type="checkbox"/> im häuslichen Umfeld lebend, nicht alleine  <input type="checkbox"/> Heimhilfe, ___ mal/Woche <input type="checkbox"/> medizinische Hauskrankenpflege, ___ mal/Woche  <input type="checkbox"/> mobiles Palliativteam (Organisation: _____)	<input type="checkbox"/> im PensionistInnenheim versorgt <input type="checkbox"/> im Pflegeheim versorgt  <input type="checkbox"/> Pflegeheimantrag eingebracht (Datum: _____)  <input type="checkbox"/> Hospizantrag eingebracht (Datum: _____)
<b>Vertretung, Vorsorgeinstrumente</b>	
<input type="checkbox"/> PatientIn entscheidungsfähig <input type="checkbox"/> Erwachsenenvertretung (gewählt / gesetzlich / gerichtlich)	
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> PatientInnenverfügung vorliegend (verbindlich / sonstige)	
<b>Anmeldende Person / Institution:</b>	
<input type="checkbox"/> PatientIn	
<input type="checkbox"/> AngehörigeR/Bezugsperson  Name:  Verhältnis:  Telefonnummer:	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus / Institution / Organisation  Name KH/Ins./Org.:  Station:  Telefonnummer + DW betreuende Station:  Name, Telefonnummer + DW betreuendeR Arzt/Ärztin:  Ggf. Name, Telefonnummer + DW EntlassungsmanagerIn:	

---

*Unterschrift anmeldende Person*