

**Palliativstation**

Dr. med. Marc Theisen

Telefon 0251. 5007-2640

Telefax 0251. 5007-2647

palliativ.raphaelsklinik@alexianer.de

**MAgKs**

Münsteraner Allianz gegen Krebs

Name, Vorname :
_____Geburtsdatum :
_____Straße, Nr. :

Diagnose: _____

Voraussetzungen:

- Erwachsener Patient mit unheilbarer Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium
- Patient und Angehörige sind über die Prognose der Erkrankung sowie die begrenzte Lebenserwartung informiert.
- Der Patient wünscht eine palliativmedizinische Behandlung bzw. ist mit ihr einverstanden.
- Patient und Angehörige sind informiert, dass der Aufenthalt auf der Palliative Care Einheit von begrenzter Dauer ist.
- Aufklärung des Patienten über die Unmöglichkeit einer kurativen Therapie sowie in der Regel stattfindendes Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen.
- Ziel ist die Entlassung in einem gebesserten Zustand in die Autonomie, d. h. nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung oder in ein Hospiz.
- Der Patient befindet sich NICHT in der unmittelbaren Sterbephase.

Aufnahmegründe:

- Ambulant nur unzureichend therapierbare Symptome (Schmerz, Dyspnoe, Übelkeit,...)
- Häufiger Punktionsbedarf (z. B. bei Aszites, Pleuraerguss)
- Notwendigkeit spezieller pflegerischer und/oder physiotherapeutischer Maßnahmen
- Notwendigkeit der stationären Betreuung durch Seelsorger und/oder Psycho(onko)logen
- Soziale Sicherung und/oder ambulante Pflegeversorgung noch nicht abgeschlossen
- Psychosoziale Gründe im Bereich der ambulanten Versorgung
- Notwendigkeit einer Therapie in der Terminalphase.

Sonstiges:

- Vorabvisite durch den Palliativmedizinischen Konsiliardienst erwünscht (nur hausintern bzw. MAgKs!)

Anfordernder: _____ Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift Anfordernder