

PALG	Anmeldeformular Klinik für Palliativmedizin Palliativstation Formular Intern	 KLINIKUM Aschaffenburg-Alzenau
	30751	001/10.2025

Palliativstation (PST) – Fax: 06021 / 32 - 3990

Anmeldung zur stationären palliativmedizinischen Behandlung in der Klinik für Palliativmedizin.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____



_____ Angehörige(r): _____

Adresse: _____

Hauptdiagnose(n): _____

Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Komplexes palliativmedizinisches Symptomgeschehen (GBA):

- ☐ Schmerzen
 ☐ urogenital
 ☐ neurologisch, psychiatrisch, psychisch
☐ gastrointestinal
☐ (ex)ulzerierende Wunden, Tumore
☐ respiratorisch
☐ Sonstiges

Ergänzende Informationen:

Erforderliche Anlagen:
☐ Medizinische Unterlagen
☐ Medikamentenplan

Weiß der Patient was „Palliativmedizin“ bedeutet?
☐ JA
☐ NEIN

Liegt eine Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht vor?
☐ JA
☐ NEIN

Erfolgt aktuell eine onkologische Behandlung?
☐ JA
☐ NEIN

Besteht Infektiösität?
☐ JA
☐ NEIN

Benötigt der Patient eine Wechseldruckmatratze?
☐ JA
☐ NEIN

Ärztlicher Einweiser:

Praxisstempel/Kontakt Daten

Sonstige ärztliche Behandler:

Nach Erhalt der Anmeldung besprechen wir mit dem einweisenden Arzt den Aufnahmetermin.

Klinik für Palliativmedizin: Tel. 06021 / 32 3950

Fax: 06021/ 32 3990

Sekretariat Palliativklinik: Tel.: 06021 / 32 3901 sekretariat.palliativmedizin@klinikum-ab-alz.de