

PALG	Anmeldeformular Klinik für Palliativmedizin Palliativmedizinische Tagesklinik Formular Intern	 KLINIKUM Aschaffenburg-Alzenau
	28206	002/10.2025

Palliativmedizinische Tagesklinik (PTK) - Fax: 06021 / 32-3980

Anmeldung zur teilstationären Behandlung in der Palliativmedizinischen Tagesklinik (PTK).

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

 _____  Angehörige(r): _____

Adresse: _____

Hauptdiagnose(n): _____

Terminwunsch:

- ☐ dringliche Terminvergabe (1-3 Wochen)
 ☐ mittelfristige Terminvergabe (4-8 Wochen)
 ☐ langfristige Terminvergabe (9-12 Wochen)

Komplexes palliativmedizinisches Symptomgeschehen (GBA):

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

Ergänzende Informationen:

Erforderliche Anlagen: ☐ Medizinische Unterlagen ☐ Medikamentenplan ☐ Überweisung

Ärztlicher Überweiser:

Praxisstempel/Kontaktdaten

Sonstige ärztliche Behandler:

Nach Erhalt der Anmeldung besprechen wir mit dem Patienten den geplanten Behandlungstermin.

Palliativmedizinische Tagesklinik: Tel.: 06021 / 32-43 3960

Fax: 06021 / 32-3980

Sekretariat Palliativklinik:

Tel.: 06021 / 32-3901

sekretariat.palliativmedizin@klinikum-ab-alz.de