

## Anmeldeformular

casemanagement@diaconis.ch

<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> definitiv, ab:	
<b>Personalien</b>		
Name	Vorname	
Strasse	PLZ / Ort	
Wohnkanton	Zivilstand	
Geburtsdatum	Telefon	
AHV-Nr. 756.	Mobiltelefon	
Krankenkasse	Karten-Nr. 80756.....	
Zusatzversicherung	allgemein ganze CH privat halbprivat	
<b>Bezugsperson 1/Gesetzliche Vertretung</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Beistand</b>		
Name	Vorname	
Adresse	PLZ / Ort	
Telefon	Mobiltelefon	
Beziehung	<input type="checkbox"/> PartnerIn <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Nichte/Neffe <input type="checkbox"/>	
<b>Bezugsperson 2</b>		
Name	Vorname	
Adresse	PLZ / Ort	
Telefon	Mobiltelefon	
Beziehung	<input type="checkbox"/> PartnerIn <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Nichte/Neffe <input type="checkbox"/>	
<b>Aktueller Aufenthaltsort</b>		
<input type="checkbox"/> zu Hause	Hausarzt (Tel.)	
<input type="checkbox"/> Spital/Pflegeheim		
<input type="checkbox"/> Pflorgeteam (Tel.)	Arzt (Tel.)	
<input type="checkbox"/> <b>Arztbericht/Diagnoseliste</b>	<input type="checkbox"/> <b>Medikamentenliste</b>	
<b>Hinweis:</b> Die Indikation wird erst geprüft, wenn die Unterlagen komplett sind		
<b>Indikation für stationäre spezialisierte Palliative Care</b>		
Chemotherapie	Bestrahlung	Immuntherapie
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant
<input type="checkbox"/> <b>Instabilität der Situation</b> nicht vorhersehbare rasche Veränderung	<input type="checkbox"/> <b>Komplexität der Symptomatik</b> gleichzeitig mehrere Symptome mit gegenseitiger Beeinflussung und schwieriger Beurteilung	
<input type="checkbox"/> <b>Bedarf nach Spitalbehandlung</b> Betreuung für Pflegeheim zu komplex		
<b>Symptome</b>		<b>Entscheidungsfindung</b>
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Konflikte im Familien-,Angehörigensystem	
<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Entscheidungsfindung therapeutische Massnahmen	
<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> fremde kulturelle Werthaltungen und Erwartungen	
<input type="checkbox"/> Delir	<b>Netzwerk</b>	
<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> fluktuierend	<input type="checkbox"/> Überlastung der betreuenden Angehörigen oder Team	
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> fehlende oder ungenügende Unterstützung	
<input type="checkbox"/> epileptische Anfälle		
<input type="checkbox"/> fokal <input type="checkbox"/> generalisiert		
<input type="checkbox"/> psychische Krise	<b>Support</b>	
<input type="checkbox"/> spirituelle Krise	<input type="checkbox"/> Patienten- und Angehörigenberatung notwendig	
<input type="checkbox"/> hohes Komplikationsrisiko für	<input type="checkbox"/> minderjährige Kinder	
<input type="checkbox"/> psychosoz. Probleme, soziale Situation	<b>End-of-Life</b>	
	<input type="checkbox"/> komplexer, schwieriger Sterbeprozess	
<b>Aufenthaltsziel</b>		
<input type="checkbox"/> Symptomkontrolle	<input type="checkbox"/> Behandlung bei komplexem Sterbeprozess	
<input type="checkbox"/> Stabilisierung/Austritt nach Hause/PH	<input type="checkbox"/> komplexe Entscheidungsfindung	
<input type="checkbox"/> weiteres		
<b>Anmeldung durch</b>		
Name	Telefon	
Datum	E-Mail	