

Name	
Soz. Vers./ Geb. Datum	weibl.
Straße	männl.
PLZ	
Ort	

**Universitäre Palliativmed. Einrichtung (UPE)**  
**Mobiles Palliativteam (MPT)**  
 Tel: 0316/385-17463 od. 17062  
 Fax: 0316-385-12925  
 mpt@klinikum-graz.at

**ERSUCHEN UM ANBINDUNG**  
**an das**  
**Mobile Palliativ-Team (MPT)**

<b>Diagnose(n)</b>			
	<b>Allergien:</b>		
<b>Geplante Entlassung - bitte unbedingt angeben - voraussichtlich am</b>		<input type="radio"/> unbekannt	
Anwesenheit einer Betreuungsperson beim Konsil notwendig		<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA
Der Pat. mit der <b>MPT-Betreuung</b> einverstanden		<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA
<b>PFLEGE</b>	<b>Mobilität:</b> <input type="radio"/> nicht eingeschränkt <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> bettlägrig	<b>Betreuungsnetz/extramurale Versorgung:</b>	
	<b>Besonderer Pflegebedarf:</b>	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> Senioren/Pflegeheim
	<input type="radio"/> PCA-Pumpe (systemisch = s.c./i.v.) <input type="radio"/> Implantat/Prothese	<input type="radio"/> lebt allein	Wo:
	<input type="radio"/> Stoma <input type="radio"/> BVWK	<input type="radio"/> mit Partner/Familie	<input type="radio"/> Betreutes Wohnen
	<input type="radio"/> PEG/NGS <input type="radio"/> Dekubitus/Ulkus	<input type="radio"/> mit 24h-Betreuung	Wo:
<input type="radio"/> rückenmarksnahe Analgesie (implantierte/r Katheter/Schmerzpumpe)	<input type="radio"/> mit HKP	Sonstiges:	
Sonstiges:	<input type="radio"/> Besachaltung		
<b>SOZIALARBEITER</b>	<b>Zuständiger Sozialarbeiter:</b>		
	<b>Pflegegeld:</b>	<b>Aktuelle Hilfsmittelversorgung:</b>	
	<input type="radio"/> keines <input type="radio"/> beantragt am <input type="radio"/> lfd. Bezug Stufe: <input type="radio"/> Erhöhung beantragt am sonst. Finanz. Zuschüsse:	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Gehhilfen <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Toilettenfahrrstuhl/Leibstuhl <input type="radio"/> Pflegebett / Antidekubitusmatratze	<input type="radio"/> Heim-Sauerstoff / Konzentrator <input type="radio"/> Notrufarmband Sonstiges
<b>ALLGEMEINES</b>	<b>Kontaktperson/Angehöriger/Sachwalter:</b>		Tel
	Verhältnis zur betreuten Person:		
	<b>Hausarzt:</b>		
<b>Anmerkungen:</b>			
Ableitungsstempel & Unterschrift		<b>Zuweiser / Ansprechpartner</b> (in Blockschrift / leserlich)	<b>Tel.</b>