STELLA Care
Brückenpflege
OSP Esslingen

Anforderungsformular

Standort

☐ KE ☐ KKES PKR ☐ KKES NT ☐ Filderklinik ☐ SP Praxis ☐ extern: _____

gefaxt am: _____

von: _____ _____
Name *Unterschrift*

Telefon Station: _____

Telefon zuständiger Arzt:: _____
(für eventuelle Rückfragen)

Patientenetikett

Brückenpflegeindikationen:

- ☐ Erstkontakt
- ☐ orale Tumortherapie
- ☐ i.v. Tumortherapie
- ☐ s.c. Tumortherapie
- ☐ Radiotherapie
- ☐ Neurotoxizität
- ☐ Hauttoxizität
- ☐ Knochenmarksdepression
- ☐ Nausea/Emesis
- ☐ Mangelernährung
- ☐ Obstipation/Diarrhoe
- ☐ Fatigue
- ☐ Schmerz
- ☐ Dyspnoe
- ☐ Angst
- ☐ Schlafstörung
- ☐ Krankheitsverarbeitung
- ☐ Sonstiges:

Tumordiagnose: _____

_____

aktuelle Therapie: _____

_____

geplantes Procedere: _____

_____

Entlasstermin: _____

Bemerkungen: _____

OSP Esslingen e.V. • Koordinierungsstelle Brückenpflege STELLA Care
Hirschlandstraße 97 • 73730 Esslingen a.N.
Telefon: 0151-163 28 550
Fax: 0711-3103 2522
E-Mail: stellacare@osp-esslingen.de • www.osp-esslingen.de