



Bei Erstkontakt ausfüllen

<i>Patienten – Etikett</i>	2. Geburtsdat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	3. Aufnahme- datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	4. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich			
	5. Wohn- situation <small>nur eine Antwort</small>	<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> Heim			
		<input type="checkbox"/> mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> Sonstige:			

Bei Erstkontakt, später nur bei Änderung ausfüllen

6. SAPV-Auftrag		8. Absprache/ Vorlage	9. Pflegestufe	
<input type="checkbox"/> Beratung von		<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Stufe 0
<input type="checkbox"/> Koordination		<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> Stufe II
<input type="checkbox"/> additive Teilversorgung	<input type="checkbox"/> vollständige Versorgung	<input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde	<input type="checkbox"/> Stufe III +	<input type="checkbox"/> Stufe III
10. Haupt- und weitere Diagnosen / Probleme: (wenn keine ICD, bitte Text eintragen)		Diagnosedatum (ca.)		<input type="text"/>
Hauptdiagnose	ICD-10 <input type="text"/>		ICD-10 <input type="text"/>	
	ICD-10 <input type="text"/>		ICD-10 <input type="text"/>	
7. Metastasen				
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> sonstige:
11. !!bisherige Behandlung, Begleitung		12. Funktionsstatus (ECOG) und Barthel-Index		
<input type="checkbox"/> Palliativstation	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität		
<input type="checkbox"/> Hospiz (stationär)	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> 1 Gehfähig, leichte Aktivität möglich		
<input type="checkbox"/> Krankenhaus (Andere Station)	<input type="checkbox"/> Palliativarzt	<input type="checkbox"/> 2 Selbstversorgung, kann > 50% der Wachzeit aufstehen		
<input type="checkbox"/> Ambulanz	<input type="checkbox"/> Palliativpflege	<input type="checkbox"/> 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% Wachzeit bettlägerig		
<input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst	<input type="checkbox"/> 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig		
	<input type="checkbox"/> SAPV-Team	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Punkte nach Barthel-Index

Bei Aufnahme / Abschluss ausfüllen (ev. auch bei Änderung im Verlauf)

13. Datum der Erfassung der Probleme beim Patienten					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Probleme					Bemerkungen			
Schmerzen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Übelkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Luftnot	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Verstopfung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Schwäche	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Pflegeprobleme wegen Wunden/ Dekubitus	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Hilfebedarf bei Aktivitäten des tägl. Lebens	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Depressivität	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Angst	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Anspannung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Desorientiertheit, Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Probleme mit Organisation der Versorgung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Überforderung der Familie, des Umfeldes	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Sonstige:	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark				
Komplexes Symptomgeschehen:	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> urogenital	<input type="checkbox"/> respiratorisch	<input type="checkbox"/> gastrointestinal	<input type="checkbox"/> (ex)ulzierende Wunden, Tumore			
	<input type="checkbox"/> neurologisch/ psychiatrisch/ psychisch				<input type="checkbox"/> sonst. kompl. Symptomgeschehen			

15. Was ist der Grund des Kontaktes, was das Behandlungsziel?



Bei Aufnahme / Abschluss ausfüllen (ev. Auch bei Änderung im Verlauf)

16. Medikation bis heute		Medikamente
<input type="checkbox"/> Nichtopioid	<input type="checkbox"/> Sedativa / Anxiolytika	
<input type="checkbox"/> Opioid WHO-Stufe 2	<input type="checkbox"/> Magenschutz	
<input type="checkbox"/> Opioid WHO-Stufe 3	<input type="checkbox"/> Laxanzien	
<input type="checkbox"/> Koanalgetika	<input type="checkbox"/> Antibiotika	
<input type="checkbox"/> Kortikosteroide	<input type="checkbox"/> Diuretika	
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Kardiaka / Antihypertensiva	
<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Neuroleptika		

17. Maßnahmen, Prozeduren, Begleitungen			
Medikamente <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. Palliative Sedierung <input type="checkbox"/> intermitt <input type="checkbox"/> kontinuierlich	Pflege <input type="checkbox"/> aktivierend <input type="checkbox"/> begleitend <input type="checkbox"/> spezielle Lagerung (bei Fraktur usw.) <input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung <input type="checkbox"/> Wundversorgung <input type="checkbox"/> Rektale Abführmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik, Mobilisation <input type="checkbox"/> Wärme-/Kältebehandlung <input type="checkbox"/> Ödembehandlung, manuelle Lymphdrainage <input type="checkbox"/> Einreibungen, Massagen, Auflagen <input type="checkbox"/> Atemtherapie	<input type="checkbox"/> Diagnostik CT, MR, Endoskopie u.a. Beratung <input type="checkbox"/> zur Organisation letzter Dinge <input type="checkbox"/> zu Patientenverfügung, Vollmacht <input type="checkbox"/> Vermittlung ehrenamtlicher Unterstützung <input type="checkbox"/> Anträge b. Behörden, Versicherungen usw. <input type="checkbox"/> Anregung einer gerichtlichen Betreuung
Ernährung <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Pumpensystem i.v., s.c. Punktionen oder Drainagen <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Pleura Anlage / Wechsel <input type="checkbox"/> von ZVK / Port <input type="checkbox"/> von Tracheo-Gastro-, Uro-, Colo-Stoma <input type="checkbox"/> DK / Ablaufsonde / Suprapub. DK	Versorgung von Kathetern... <input type="checkbox"/> ZVK, Port <input type="checkbox"/> Tracheo-, Gastro-, Uro-, Colo-Stoma <input type="checkbox"/> Spülung DK/ Ablaufsonde / Suprapub. DK	Psychotherapie <input type="checkbox"/> Krisenintervention <input type="checkbox"/> Support. Kurzzeittherapie, Training <input type="checkbox"/> kreative Verfahren (Kunst, Musik, Schreiben usw.) <input type="checkbox"/> Übende Verfahren (Entspannung, Hypnose ...) <input type="checkbox"/> Paar- / Familien-Beratung (Angehörige/ Pat.+Angeh.)	<input type="checkbox"/> Anträge b. Behörden, Versicherungen usw. <input type="checkbox"/> Anregung einer gerichtlichen Betreuung <input type="checkbox"/> Organisation der Anschlussversorgung <input type="checkbox"/> (Trauer-) Begleitung der Angehörigen Seelsorge <input type="checkbox"/> Gespräche <input type="checkbox"/> Riten <input type="checkbox"/> Anderes:
Strahlentherapie <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> fortgesetzt <input type="checkbox"/> Radiolog. Interventionen (Neurolysen, Endoskop.u.a.)	Tumortherapie i.v. („Chemo“) <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> fortgesetzt <input type="checkbox"/> andere medikamentöse Tumortherapie (p.o., i.th.)	<input type="checkbox"/> Chirurgicaler Eingriff (OP, Stent, Dilatation u.a.)	
besonderer Aufwand mit:			

18. Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?

18a. Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden?

19. Wer hat den Bogen ausgefüllt?
 Krankenpflege Arzt amb. Hospiz Psychologie Sozialarbeit Seelsorge Andere

20. Datum (Entlassung / Änderung der Betreuung / Tod)

--	--	--	--	--	--	--	--

21. Therapieende	22. Entlassung nach / Weiterbehandlung in ...	23. Sterbeort
<input type="checkbox"/> Verstorben <input type="checkbox"/> Verlegung, Entlassung <input type="checkbox"/> Ende der Dokuphase <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Hospiz (stationär) <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Krankenhaus (Andere St.) <input type="checkbox"/> Palliativarzt <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> Palliativpflege <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst <input type="checkbox"/> Palliative Care Team	<input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> nicht bekannt

24. Abschließende Bewertung der Zufriedenheit des Teams mit der Betreuung

für die gesamte Behandlung	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
Finalphase (bei verstorbenen Pat.)	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut

Bei Abschluss ausfüllen



HOPE ©2012 Basisbogen

--

--

--	--	--	--

BA

Basisbogen nr: _____