



Bei Erstkontakt ausfüllen

<i>Patienten – Etikett</i>	2. Geburtsdat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	4. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich					
	5. Wohn- situation nur eine Antwort	<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. Pflegegrad			
<input type="checkbox"/> Beratung				<input type="checkbox"/> Patientenverfügung				<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2			
<input type="checkbox"/> Koordination				<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht				<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Grad 3			
<input type="checkbox"/> additive Teilversorgung <input type="checkbox"/> vollständige Versorgung				<input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde				<input type="checkbox"/> Grad 5 <input type="checkbox"/> Grad 4			
10. Haupt- und weitere Diagnosen / Probleme: (wenn keine ICD, bitte Text eintragen)								Diagnosedatum (ca.)			
Hauptdiagnose ICD-10 <input type="text"/>				Weitere Diagnosen ICD-10 <input type="text"/>				<input type="text"/>			
Weitere Diagnosen ICD-10 <input type="text"/>								<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"/> Konsildienst <input type="checkbox"/> SAPV-Team						<input type="checkbox"/> 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig					
<input type="checkbox"/> sonstige:						<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"/>											
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							

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"/> Nichtopioide	<input type="checkbox"/> Sedativa / Anxiolytika	
<input type="checkbox"/> Opioide WHO-Stufe 2	<input type="checkbox"/> Magenschutz	
<input type="checkbox"/> Opioide 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, Begleitung			
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.	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"/> 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, Endoskopu.a.)	Tumorthherapie i.v. („Chemo“) <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> fortgesetzt <input type="checkbox"/> andere medikamentöse Tumorthherapie (p.o., i.th.)	<input type="checkbox"/> Chirurgischer 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 Andere:

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

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

21. Therapieende

- Verstorben
 Verlegung, Entlassung
 Ende der Dokuphase
 Sonstiges:

22. Entlassung nach / Weiterbehandlung in ...

- Palliativstation Hausarzt
 Hospiz (stationär) Ambulante Pflege
 Krankenhaus (Andere St.) Palliativarzt
 Ambulanz Palliativpflege
 Konsildienst Palliative Care Team
 sonstige:

23. Sterbeort

- zuhause
 Heim
 Hospiz
 Palliativstation
 Krankenhaus
 nicht bekannt

24. Abschließende Bewertung der Zufriedenheit des Teams mit der Betreuung

für die gesamte Behandlung sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut
 Finalphase (bei verstorbenen Pat.) sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

Bei Abschluss ausfüllen