



Bitte benutzen Sie die Dokumentationsformulare in folgender Weise:

<input type="checkbox"/>	Ein kleines Kästchen ist ein Ankreuzfeld
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Große Kästchen sind zum Eintragen von Daten in einem bestimmten Format gedacht, die Felder geben die Stellen an. Dies ist z.B. ein Feld zum Eintragen einer ICD (z.B. G 82 38 Tetraparese)
grau unterlegt	...sind Felder zur besseren Lesbarkeit und für Freitext, z.B. nach „Sonstiges: “

Basis-Dokumentationsbogen BA

Der Basisbogen besteht aus 4 Blöcken, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausgefüllt werden sollen. Daher stehen jeweils Datumsfelder zur Verfügung. Die Zeitpunkte des Ausfüllens stehen auch senkrecht vor den Blöcken (in der Papierversion). Es sollen für jeden Patienten **mindestens** ein Basisbogen bei Aufnahme (Block 1-3, grau, rot und gelb) und ein Basisbogen bei Abschluss (Block 3-4 gelb und grün). Bei Änderungen sollten die entsprechenden Angaben in allen Blöcken ausgefüllt werden. Wenn sich nichts geändert hat, werden die Angaben vom 1. Basisbogen übernommen, Sie brauchen Block 1 und 2 nicht erneut auszufüllen!

Basisbogennr.: ...der Patientendokumentation. Für die Basisbögen eines Patienten bitte jeweils eine einheitliche Nummer bei Aufnahme, Verlauf und Abschluss in allen Bögen angeben. Die Zuordnung der Reihenfolge der Bögen geschieht über das Datum! Wenn Sie Module benutzen, kennzeichnen Sie bitte jedes Blatt für diesen Patienten ebenfalls mit derselben Basisbogennr. Damit sind die Zuordnung der Bögen und die gemeinsame Auswertung gewährleistet!

Patientenetikett Bitte Etikett nur aufkleben, wenn Sie die Unterlagen nicht einsenden wollen. Auf dem Bogen, der an **CLARA** geschickt wird, **bitte keinen Aufkleber oder Hinweise auf Namen oder Adresse des Patienten anbringen**, da Eingabe und Auswertung der Daten anonymisiert erfolgen müssen.

Block 1 (grau) Fragen 1-5 bei Beginn ausfüllen

2. Geburtsdatum	Bitte eintragen als Tag, Monat, Jahr (online TTMMJJJJ)
3. Aufnahmedatum	Datum der Aufnahme in die eigene Betreuung als Tag, Monat, Jahr. Das aktuelle Datum, an dem die aktuelle Situation beim Patienten erhoben wird, kommt in Feld 13. Erfolgt dies am Aufnahmetag, stimmen die Daten überein.
4. Geschlecht	Bitte zutreffendes Feld ankreuzen
5. Wohnsituation	Bitte nur eine zutreffende aktuelle Wohnsituation ankreuzen

Block 2 (rot) Fragen 7-12 bei Beginn und bei Veränderungen ausfüllen

6. SAPV	Hier wird die Intensität der bisherigen Versorgung erfragt, sie beschreibt den jeweils zurückliegenden Zeitraum
8. Absprache / Vorlage	Bitte ankreuzen, ob Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsurkunde vorliegen
9. Pflegestufe	Bitte den jetzigen Stand der Pflegeversicherung angeben: z.B. keine (ggf. zusätzlich beantragt) oder 2 (ggf. beantragt, wenn Stufe 3 beantragt ist)
10. Diagnosen	Bitte zunächst die Hauptdiagnose angeben, zusätzlich alle Diagnosen für zur Zeit in der Therapie aktuelle Probleme und Erkrankungen, ggf. Metastasen. Die ICD-Codierung sollte primär eingetragen werden, Textdiagnosen nicht zusätzlich, nur wenn keine ICD-Codierung vorhanden oder bekannt ist.
7. Metastasen	Bitte alle bei dem Patienten betroffenen Organe ankreuzen, wenn nicht in 10.
11. Behandlung, Begleitung	Bitte ankreuzen, wer aktuell aktiv einbezogen war. Das sind zu Beginn die bisherigen Versorger, am Ende die eigene Versorgungskonstellation. Wenn die Betreuungskonstellation nicht aufgeführt ist, bitte „Sonstiges“ eintragen.
12. Funktionsstatus (ECOG)	Der ECOG ist ein international übliches Maß für den Funktionsstatus, er beschreibt vor allem den Pflegebedarf.



Block 3 (gelb) Fragen 13-19 bei Beginn, jedem Verlauf und bei Abschluss der Betreuung

13. Datum der Erfassung	Das aktuelle Datum der Beurteilung der Situation
14. Probleme	Die häufigsten Probleme werden gezielt erfragt, bitte die aktuelle Intensität „kein“, „leicht“, „mittel“ oder „stark“ angeben, also ggf. unter der derzeitigen Therapie. In jeder Zeile für jedes Symptom sollte möglichst ein Eintrag erfolgen, außer wenn Sie es nicht beurteilen können. Unter „sonstige“ evtl. zusätzlich aufgetretene Probleme eintragen.
15. Grund des Kontaktes, Behandlungsziel, Aufwand	Bitte Text eintragen. Hier kann z.B. auch der Übermittler des Kontaktes und der Aufwand für den aktuellen Besuch eingetragen werden.
16. Medikation (bis heute)	Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen. Gemeint ist die Medikation, die bis zu dem Tag der Erfassung aktuell erfolgte (denn unter dieser erscheinen die Symptome, Probleme in Frage 14 in der aktuellen Stärke). Im Freitextfeld können Substanz- (Frei-) oder Markenname und die Tagesdosis eingetragen werden.
17. Maßnahmen / Prozeduren	Bitte alle Maßnahmen, die aktuell durchgeführt werden, ankreuzen. Das sind zu Beginn diejenigen, die nicht Sie selbst veranlasst haben. Im Verlauf sollten alle aktuell durchgeführten Maßnahmen markiert werden, auch wenn sie nicht durch Sie selbst erfolgt z.B. sind (Operationen). Die Maßnahmen sind zur Orientierung in Blöcken unter einem Oberbegriff geordnet. Wenn eine Maßnahme nicht in der Checkliste aufgeführt ist, machen Sie bitte Angaben unter „Andere“.
18. Welches Problem konnte besonders gut bzw. nicht ausreichend gelöst werden?	Bitte als Freitext eingeben. Hier können körperliche Symptome, psychische, soziale oder spirituelle Probleme dokumentiert werden.
19. Wer hat den Bogen ausgefüllt?	Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen, Mehrfachantworten sind möglich, wenn zu diesem Bogen z.B. eine Besprechung stattgefunden hat.

Block 4 (grün) Fragen 20-23 bei Abschluss der Betreuung zusätzlich zu Fragen 13 bis 19

20. Datum	Bitte das aktuelle Datum der Entlassung / Verlegung und Dokumentation eintragen. Bitte auch ohne Entlassung oder Veränderung z.B. am 15.6. am Ende des Dokumentationszeitraumes in HOPE „Ende der Dokuphase“.
21. Betreuungsende	Anlass für das Ende der Betreuung bitte eindeutig eintragen
22. Verlegung / Weiterbehandlung	Eingetragen werden soll der neue Betreuungsort, wenn eine Verlegung nach Hause oder in eine andere Einrichtung erfolgt. Die Informationen aus dem letzten Basisbogen können an die neue Einrichtung übermittelt werden. Wenn ein ambulanter Hospizdienst den betreffenden Patienten weiter betreut, sollte ein neuer Basisbogen ausgefüllt werden, weil sich z.B. die Angaben in Frage 11 geändert haben ggf. auch andere Aspekte als Grund für die Verlegung. Es muss jedoch kein Abschluss dokumentiert werden.
23. Sterbeort	Bitte geben Sie an, wo der Patient verstorben ist, wenn Sie es wissen.
24. Abschließende Bewertung der Zufriedenheit des Teams mit der Betreuung	Hier kann für die gesamte Behandlung und getrennt für die Finalphase bei verstorbenen Patienten zusammenfassend die Arbeit des Teams mit seinen Möglichkeiten bewertet werden.

Bitte alles möglichst vollständig eintragen, wir können nur die dokumentierten Daten auswerten und Ihnen zurückspiegeln! **Danke für Ihre Teilnahme an HOPE!**
