



Bei Erstkontakt ausfüllen

<i>Patienten – Etikett</i>		<b>2. Geburtsdat.</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		<b>3. Aufnahme- datum</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		<b>4. Geschlecht</b>		<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich					
		<b>5. Wohn- situation</b> nur eine Antwort		<input type="checkbox"/> allein		<input type="checkbox"/> Heim					
				<input type="checkbox"/> mit Angehörigen		<input type="checkbox"/> Sonstige:					
<b>6. SAPV</b>		<b>8. Absprache/ Vorlage</b>		<b>9. Pflegestufe</b>							
<input type="checkbox"/> Beratung von		<input type="checkbox"/> Patientenverfügung		<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> Stufe 0		<input type="checkbox"/> Stufe I			
<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					
<b>10. Haupt- und weitere Diagnosen / Probleme: wenn keine ICD bitte Text eintragen</b>		<b>Diagnosedatum ca.</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Hauptdiagnose ICD-10 <input type="text"/>				ICD-10 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
				ICD-10 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>7. Metastasen</b>											
<input type="checkbox"/> Hirn <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Leber		<input type="checkbox"/> Knochen		<input type="checkbox"/> sonstige:							
<b>11. Behandlung, Begleitung</b>		<b>12. Funktionsstatus (ECOG) und Barthel-Index</b>									
<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"/> Palliative Care Team		Barthel-Index		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Bei Erstkontakt, später nur bei Änderung ausfüllen

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

<b>13. Datum der Erfassung</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>14. Probleme</b>		<b>Bemerkungen</b>					
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)ulzerierende Wunden, Tumore			
	<input type="checkbox"/> neurologisch/ psychiatrisch/ psychisch		<input type="checkbox"/> sonst. kompl. Symptomgeschehen				
<b>15. Was ist der Grund des Kontaktes, was das Behandlungsziel?</b>							



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

**16. Medikation bis heute**

<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	

**Medikamente****17. Maßnahmen / Prozeduren Begleitung (bei Aufnahme bestehend und Abschluss)**

<input type="checkbox"/> Unterstützung für Sterbende	<input type="checkbox"/> Palliativberatung	<input type="checkbox"/> enterale Ernährung	Chemotherapie <input type="checkbox"/> weiter <input type="checkbox"/> neu
<input type="checkbox"/> Unterstützung für Angehörige	<input type="checkbox"/> Koordination	<input type="checkbox"/> parenterale Ernährung	Strahlentherapie <input type="checkbox"/> weiter <input type="checkbox"/> neu
<input type="checkbox"/> Sozialanwaltschaftl. Handeln	<input type="checkbox"/> Psychische Stützung	<input type="checkbox"/> Medikamente sc	<input type="checkbox"/> Transfusion
<input type="checkbox"/> Auseinandersetzung in Glaubens- und Lebensfragen	<input type="checkbox"/> Sozialrechtliche Beratung	<input type="checkbox"/> Medikamente iv:	<input type="checkbox"/> Pleurapunktion
<input type="checkbox"/> Hilfe bei Organisation letzter Dinge	<input type="checkbox"/> Beratung in ethischen Fragen.	<input type="checkbox"/> Medikamente epidural, intrathekal	<input type="checkbox"/> Aszitespunktion
<input type="checkbox"/> Unterstützung in akuten Notsituationen	<input type="checkbox"/> Angehörigen-Anleitung	<input type="checkbox"/> Anlage / Wechsel ZVK	<input type="checkbox"/> Versorgung zentraler Zugänge (ZVK, Port...)
<input type="checkbox"/> Dasein (Erleben von Gemeinsamkeit)	<input type="checkbox"/> Angehörigenbegleitung	<input type="checkbox"/> Anlage / Wechsel DK	<input type="checkbox"/> Versorgung Stomata (Tracheo, Uro, Ileo, Colo...)
<input type="checkbox"/> Sitzwachen (z.B. im Sterbeprozess)	<input type="checkbox"/> Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/> Multimodale Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Darmspülung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Case Management	<input type="checkbox"/> Palliative Sedierung	<input type="checkbox"/> Lagerungsbehandlung (path. Fraktur, Spezialbett...)
	<input type="checkbox"/> Musiktherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, Fisteln, Tumor..)
	<input type="checkbox"/> Kunsttherapie	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

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**

- 
- Verstorben
- 
- 
- Verlegung, Entlassung
- 
- 
- Ende der Dokuphase
- 
- 
- Sonstiges:

**22. Verlegung / Weiterbehandlung**

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

**23. Sterbeort**

- 
- zuhause
- 
- 
- Heim
- 
- 
- Hospiz
- 
- 
- Palliativstation
- 
- 
- Krankenhaus
- 
- 
- 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