



Bei Erstkontakt ausfüllen

Patienten – Etikett**1. IDNR**

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

2. Geburtsdat.

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

3. Geschlecht
 weiblich männlich
4. Von wo kommt der Patient
 Palliativstation zu Hause
 Hospiz (stationär) mit Palliativarzt
 Pflegeheim mit Pall.pflegedienst
 Krankenhaus Sonstiges
**6. Aufnahme-
datum**

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

Nur bei Änderung ausfüllen

7. Tumorausbreitung / Metastasen
 Hirn Leber
 Lunge Knochen
 sonstige: _____
8. Absprache / Vorlage
 Patientenverfügung
 Vollmacht
 Betreuungsurkunde
9. Pflegestufe
 keine Stufe I
 beantragt Stufe II
 Stufe III + Stufe III
10. Haupt- und weitere Diagnosen / Probleme: wenn keine ICD bitte Text eintragenICD-10

--	--	--

--	--	--

ICD-10

--	--	--

--	--	--

ICD-10

--	--	--

--	--	--

11. Behandlungsort
 Palliativstation zu Hause
 Hospiz (stationär) mit Palliativarzt
 Konsil mit Palliativpflegedienst
 Ambulanz Sonstiges: _____
 Andere Station
12. Funktionsstatus (ECOG)
 0 Normale Aktivität
 1 Gehfähig, leichte Arbeit möglich
 2 Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen
 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% Wachzeit bettlägerig
 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig

Bei Aufnahme, jedem Verlauf, und Abschluss ausfüllen

13. Datum der Erfassung und Dokumentation

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

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
Hilfe bei Aktivitäten des täglichen 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	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Überforderung 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 das Behandlungsziel?



--	--	--	--	--

Bei Aufnahme, jedem Verlauf und Abschluss ausfüllen

16. Medikation bis heute	1. Substanz TD	2. Substanz TD	Änderung / Bemerkung
<input type="checkbox"/> Nichtopioid			
<input type="checkbox"/> Opioid WHO-Stufe 2			
<input type="checkbox"/> Opioid WHO-Stufe 3			
<input type="checkbox"/> Koanalgetika			
<input type="checkbox"/> Kortikosteroide			
<input type="checkbox"/> Antidepressiva			
<input type="checkbox"/> Antiemetika			
<input type="checkbox"/> Neuroleptika			
<input type="checkbox"/> Sedativa / Anxiolytika			
<input type="checkbox"/> Laxantien			
<input type="checkbox"/> Antibiotika			
<input type="checkbox"/> Diuretika			
<input type="checkbox"/> Kardiaka / Antihypertensiva			
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

17. Maßnahmen / Prozeduren (bis zum Zeitpunkt dieser Erfassung)
 8-982._ palliativmedizinische Komplexbehandlung (<6 Tage 0 / 7-13 Tage 1 / 14-20 Tage 2 / >21 Tage 3)
Medizinische Betreuung

- 8-015._ enterale Ernährung (als med. Hauptbehandlung)
- 8-016 parenterale Ernährung (als med. Hauptbehandlung)
- 8-017 enterale Ernährung als Nebenbehandlung
- 8-018 parenterale Ernährung als Nebenbehandlung
- 8-800 Transfusion (EK, TK, Vollblut)
- 8-152.1 Pleurapunktion
- 8-153 Aszitespunktion
- 8-133 suprapub. Katheter (Wechsel / Entfernung)
- 8-831._ ZVK (Legen /Wechseln /Entfernung)
- 8-54._ Chemotherapie (nur wenn selbst abgerechnet)

Schmerztherapie

- 8-910 Epidurale Injektion / Infusion
- 8-918._ Multimodale Schmerztherapie (7-13 Tage 0....)
- 8-919 komplexe Akutschmerztherapie

Psychosoziale Betreuung

- 9-401.0 sozialrechtliche Beratung >120 min
- 9-401.1 Familienberatung >120 min
- 9-401.2_ Nachsorgeorg. >120 min .20 / >300 min .21
- 9-401.3 psychosoziale supportive Therapie >120min
- 9-401.5 integrierte psychosoz. Komplexbehandlung
- 9-410._ Psychotherapie (>60 min/Tag)

Pflege / Physiotherapie

- 8-190._ Verband bei großfläch. /schwerwieg. Hauterkr.
- 8-390._ Lagerungsbehandlung (z.B. Spezialbett)
- 8-121 Darmspülung
- 8-561._ physikalische Therapie (>30 min/Tag)
- 8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung

Andere OPS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

besonderer Aufwand mit:

18. Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?**19. Wer hat den Bogen ausgefüllt?**

-
- Arzt
-
- Krankenpflege
-
- Psychologe
-
- Sozialarbeiter
-
- Seelsorger

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

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

21. Therapieende

- Verstorben
- Verlegung, Entlassung
- Sonstiges:

22. Verlegung / Weiterbehandlung

- Palliativstation nach Hause
- Hospiz (stationär) mit Palliativarzt
- Pflegeheim mit Palliativpflegedienst
- Krankenhaus Sonstiges:

23. 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 ©2005 Basisbogen

--

--

--

--

BA

Basisbogennr: _____