



Bei Erstkontakt ausfüllen

<i>Patienten – Etikett</i>	<b>2. Geburtsdat.</b>	<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"/>	
	<b>4. Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich			
	<b>5. Wohn- situation</b> <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

<b>7. Tumorausbreitung / Metastasen</b>		<b>8. Absprache/ Vorlage</b>	<b>9. Pflegestufe</b>	
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Stufe I
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Vollmacht	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> Stufe II
<input type="checkbox"/> sonstige:		<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 (ED)</b>		<input type="text"/>
Hauptdiagnose	ICD-10 <input type="text"/>	ICD-10 <input type="text"/>		<input type="text"/>
	ICD-10 <input type="text"/>	ICD-10 <input type="text"/>		<input type="text"/>
	ICD-10 <input type="text"/>	ICD-10 <input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>11. Behandlung, Begleitung</b>		<b>12. Funktionsstatus (ECOG)</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 Arbeit möglich		
<input type="checkbox"/> Krankenhaus (Andere Station)	<input type="checkbox"/> Palliativarzt (QPA, APD)	<input type="checkbox"/> 2 Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen		
<input type="checkbox"/> Ambulanz	<input type="checkbox"/> Palliativpflege (AHPP, APD)	<input type="checkbox"/> 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% Wachzeit bettlägerig		
<input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst (AHG, AHD)	<input type="checkbox"/> 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig		
	<input type="checkbox"/> Palliativberatung (AHPB)			

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

<b>13. Datum der Erfassung und Dokumentation</b>					<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				
<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		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 / Antihyperten.	
<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Neuroleptika		

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

Ehrenamtliche	Koordinatoren / Pflege / Arzt		
<input type="checkbox"/> Unterstützung für Sterbende	<input type="checkbox"/> Palliativberatung	<input type="checkbox"/> enterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie
<input type="checkbox"/> Unterstützung für Angehörige	<input type="checkbox"/> Koordination	<input type="checkbox"/> parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie
<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"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Lagerungsbehandlung (path. Fraktur, Spezialbett...)
	<input type="checkbox"/> Musiktherapie	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, Fisteln, Tumor..)
	<input type="checkbox"/> Kunsttherapie	<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    Ehrenamtl.    Psychologe    Sozialarbeiter    Seelsorger    Anderer

### 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 (QPA, APD)
- 
- 
- Ambulanz
- 
- Palliativpflege (AHPP, APD)
- 
- 
- sonstige:
- 
- Ehrenamtlicher Dienst (AHG, AHD)
- 
- 
- Palliativberatung (AHPB)

### 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