



Bei Erstkontakt ausfüllen

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

7. Tumorausbreitung / Metastasen		8. Absprache / Vorlage	9. Pflegestufe	
<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
10. Haupt- und weitere Diagnosen / Probleme: wenn keine ICD bitte Text eintragen		Diagnosedatum		
Hauptdiagnose	ICD-10 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ICD-10 <input type="text"/>			
	ICD-10 <input type="text"/>			
11. Behandlung: stationär		12. Funktionsstatus (ECOG)		
<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)	<input type="checkbox"/> 2 Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen		
<input type="checkbox"/> Ambulanz	<input type="checkbox"/> Palliativpflege, -beratung (APD; AHPB, AHPP)	<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"/> Palliativzentrum (AHPZ)			

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

13. Datum der Erfassung und Dokumentation					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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				
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, 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 ist das Behandlungsziel?								



Four empty boxes for identification numbers

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"/> Laxantien	
<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 der Behandlung)

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"/> Spirituelle Begleitung (Sinnklärung)	<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"/> Krisenintervention	<input type="checkbox"/> Angehörigenbegleitung	<input type="checkbox"/> Versorgung zentraler Zugänge (ZVK, Port...)	<input type="checkbox"/> Anlage / Wechsel ZVK
<input type="checkbox"/> Dasein (Erleben von Gemeinsamkeit)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Versorgung Stomata (Tracheo, Uro, Ileo, Colo...)	<input type="checkbox"/> Anlage / Wechsel DK
<input type="checkbox"/> Sitzwachen (z.B. im Sterbeprozess)		<input type="checkbox"/> Darmspülung	<input type="checkbox"/> Multimodale Schmerztherapie
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		<input type="checkbox"/> Lagerungsbehandlung (path. Fraktur, Spezialbett...)	<input type="checkbox"/> Physiotherapie
		<input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, Fisteln, Tumor...)	<input type="checkbox"/> Psychotherapie
		<input type="checkbox"/> Angehörigen-Anleitung	<input type="checkbox"/> Musiktherapie
		<input type="checkbox"/> Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/> Kunsttherapie
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

besonderer Aufwand mit:

18. Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?

Empty space for text response to question 18

19. Wer hat den Bogen ausgefüllt?

- Krankenpflege
 Arzt
 Ehrenamtl.
 Psychologe
 Sozialarbeiter
 Seelsorger
 Anderer

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

Four empty boxes for date entry

21. Therapieende

- Verstorben
 Verlegung, Entlassung
 Sonstiges:

22. Verlegung / Weiterbehandlung

- Palliativstation
 Hausarzt
 Hospiz (stationär)
 Ambulante Pflege
 Krankenhaus (Andere St.)
 Palliativarzt (QPA)
 Ambulanz
 Palliativpflege, -beratung (APD; AHPB, AHPP)
 sonstige:
 Ehrenamtlicher Dienst (AHG, AHD)
 Palliativzentrum (AHPZ)

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