

Frau Herr

Name, _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Krankenkasse _____ Patienten-Telefon _____

Patientenüberleitung

© Kommunale Gesundheitskonferenz Bonn

Anlage

Palliativversorgung

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

Relevante Nebendiagnosen (max. 4)

1.	3.
2.	4.

Informiertheit über Schwere und Bedeutung der Erkrankung

Patient/-in voll teilweise nicht möglich nicht gewünscht

An- und Zugehörige vom Patienten nicht gewünscht

voll teilweise nicht nicht vorhanden

Für welche Symptome erhält die Person bereits Medikamente / besondere Pflegemaßnahmen?

Schmerz	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	_____
Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	_____
Verstopfung / Durchfall	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	_____
Luftnot	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	_____
Angst / Unruhe	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	_____
Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	_____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	_____
Andere _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	_____

Folgende Komplikationen sind im Krankheitsverlauf möglich

akute Blutung Erstickungsanfall psychosoziale Überforderung

Querschnitt / Fraktur Krampfanfall Schluckstörung

Sonstige _____

aufwendige Versorgung

Schmerzpumpe PEG auf Ablauf (Ileus) Drainage (Aszites, Pleura, Wunde)

parenterale Ernährung Portversorgung Andere _____

weitere Dienste

Ambulanter Hospizdienst

Palliativarzt/-ärztin

Palliativpflegedienst

Ambulanter Pflegedienst

SAPV

Therapeut/-in (welche?)

Sonstige

falls möglich, bitte Ansprechperson und Telefonnummer

_____ Datum

_____ Name / Unterschrift Pflegefachkraft

_____ Name / Unterschrift Ärztin / Arzt