

Assessment Palliative Care

Zur Entscheidungsfindung bei Patienten, welche an einer nicht heilbaren, progredienten Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden.

Tel: 0043 (0)5672 601 750



Patientendaten:		
Name:	Vorname:	
Wohnort:	Derzeitiger Aufenthalt:	Hausarzt: Behandelnde Ärzte:
Name der Hauptbezugsperson:		
<input type="checkbox"/> Adresse: <input type="checkbox"/> Telefonnummer: <input type="checkbox"/> Verhältnis zum Patienten:		
Gespräch mit Hauptbezugsperson wurde geführt:		<input type="checkbox"/> JA - Datum: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Diagnosen:		
Med. Hauptdiagnosen:		
Pflegediagnosen:		
Bedarf an Palliative Care aufgrund:		
Körperlich:		
<input type="checkbox"/> (Punkt 1)	belastender und komplexer Symptome oder Syndrome	
<input type="checkbox"/> (Punkt 2)	Verschlechterung oder Instabilität bei weit fortgeschrittener Erkrankung	
<input type="checkbox"/> (Punkt 3)	Notwendigkeit der Patienten- und Angehörigenberatung	
Psychisch:		
<input type="checkbox"/> (Punkt 4u.5)	psychischer Krise	
<input type="checkbox"/> (Punkt15)	schwieriger Anpassung an den Krankheitsverlauf	
Sozial / familiär / kulturell / organisatorisch:		
<input type="checkbox"/> (Punkt 6)	schwieriger Entscheidungsfindung bzw. eingeschränkter Urteilsfähigkeit	
<input type="checkbox"/> (Punkt 7)	Überlastung bei mitbetreuenden Angehörigen oder nahe stehenden Personen	
<input type="checkbox"/> (Punkt 8)	fehlender oder ungenügender Unterstützung	
<input type="checkbox"/> (Punkt 9)	Fragen bzw. Konflikte aufgrund Migrationshintergrund	
<input type="checkbox"/> (Punkt 10)	ungeklärter Fragen nach dem weiteren Lebens- und Betreuungsumfeld	
<input type="checkbox"/> (Punkt 11)	Konflikte bezüglich der Ziele therapeutischer Maßnahmen	
Existentiell / spirituell / religiös:		
<input type="checkbox"/> (Punkt 12)	ungelöster Fragen rund um die Lebensbilanz und den Lebenssinn	
<input type="checkbox"/> (Punkt 13)	Fragen im Zusammenhang mit dem Trauerprozess	
<input type="checkbox"/> (Punkt 14)	drängender spiritueller oder religiöser Bedürfnisse	
Anmerkungen:		
Datum:	Unterschriften: Arzt und/oder DGKS/P: _____	
Patient stimmt der Weiterleitung zu:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An das Palliativ-Team weitergeleitet am:		Unterschrift: _____