

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: |