

Anlage 4 (Teil 1)

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Basisdokumentation des PKD

Datum: Uhrzeit:

(Name/Institution):

Anfrage durch: Name/Tel./Funktion
(Notarzt/ Hausarzt/Fachpflegedienst)

Patient: (Name/Vorname/Geburtsdatum)

Grunderkrankung:

Tumorerkrankung

Nicht-Tumorerkrankung

Allgemeinbefinden:

sehr schlecht

schlecht

mittel

gut

sehr gut

Patientenverfügung vorhanden: unbekannt nein ja

Aktuelle Probleme (Hauptgrund der Anfrage bitte unterstreichen!)

Durchschnittlicher Schmerz	kein	leicht	mittel	stark
Maximaler Schmerz	kein	leicht	mittel	stark
Übelkeit	kein	leicht	mittel	stark
Erbrechen	kein	leicht	mittel	stark
Verstopfung	kein	leicht	mittel	stark
Luftnot	kein	leicht	mittel	stark
Schwäche	kein	leicht	mittel	stark
Angst	kein	leicht	mittel	stark
Hautprobleme	kein	leicht	mittel	stark
	kein	leicht	mittel	stark
	kein	leicht	mittel	stark

Relevante Begleiterkrankungen:

Herz/Kreislauf

Leber

Niere

Lunge

Neurologisch

Psychiatrisch

Sonstige

PEG-Sonde

Port

ZVK

Pumpe

DK

Vorbehandlung

Schmerz	keine	ja
Bei Bedarf		

Übelkeit	keine	ja
Bei Bedarf		

Erbrechen	keine	ja
Bei Bedarf		

Verstopfung	keine	ja
Bei Bedarf		

Luftnot	keine	ja
Bei Bedarf		

Schwäche	keine	ja
Bei Bedarf		

Angst	keine	ja
Bei Bedarf		

Hautprobleme	keine	ja
Bei Bedarf		

.....	keine	ja
bei Bedarf		

Soziale Situation

unbekannt	allein lebend	Pflegedienst vorhanden
mit Partner/Familie lebend		keine Unterstützung durch Partner/Familie mgl.

Therapieempfehlung

s. angefügten Therapieplan

Weitere Beratung erforderlich und gewünscht : nein ja

Vermittlung an Hospizdienst

Vermittlung an Pflegedienst

Überweisung an Palliativzentrum

Der Patient ist mit der anonymen Auswertung der Daten im Rahmen des Projektes einverstanden.**Er ist bei weiteren Beratungen mit der Einsichtnahme seiner bisher erhobenen Daten einverstanden.**

Datum: