



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

7. Tumorausbreitung / Metastasen	8. Absprache / Vorlage	9. Pflegestufe
<input type="checkbox"/> Hirn <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Stufe III + <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III

10. Haupt- und weitere Diagnosen / Probleme: wenn keine ICD bitte Text eintragen					
Hauptdiagnose	ICD-10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ICD-10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ICD-10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Behandlung: stationär	ambulant	12. Funktionsstatus (ECOG)
<input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Hospiz (stationär) <input type="checkbox"/> Krankenhaus (Andere Station) <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Palliativarzt (QPA) <input type="checkbox"/> Palliativpflege, -beratung (APD; AHPB, AHPP) <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst (AHG, AHD) <input type="checkbox"/> Palliativzentrum (AHPZ)	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität <input type="checkbox"/> 1 Gehfähig, leichte Arbeit möglich <input type="checkbox"/> 2 Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen <input type="checkbox"/> 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% Wachzeit bettlägerig <input type="checkbox"/> 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig

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"/>	<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?

