

Patientenüberleitung

© Gesundheitskonferenz und Konferenz Alter und Pflege Essen

Anlage Palliativversorgung

Name, Vorname	Geb.
---------------	------

Vorsorgedokumente

- Patientenverfügung Essener Palliativausweis

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

--

Relevante Nebendiagnosen (max. 4)

1.	3.
2.	4.

Informiertheit über Schwere und Bedeutung der Erkrankung

- Patient voll teilweise nicht möglich nicht gewünscht
An- und Zugehörige vom Patienten nicht gewünscht
 voll teilweise nicht nicht vorhanden

Für welche Symptome erhält der Patient 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
 Palliativpflegedienst
 Ambulanter Pflegedienst
 SAPV
 Therapeuten (welche?)
 Sonstige

falls möglich, bitte Ansprechpartner und Telefonnummer

Unterschrift Pflegefachkraft _____

Unterschrift Arzt _____ Datum

Stempel