

Dokumentierter Nachweis der Versorgung von Palliativpatienten

1. Biographische Daten:

Namenskürzel: _____ Geschlecht: _____ Alter: _____

Familienstand: _____ soziale Situation: _____

Wohnsituation: _____ Pflegestufe: _____

2. Behandlungsort:

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Palliativstation

Hospiz

Konsil

Ambulanz

andere Station

Zuhause

Praxis

Palliativ-Care-Team

3. Behandlungszeitraum:

von: _____ bis: _____

4. Hauptdiagnose:

5. Nebendiagnosen:

6. Zusammenfassung des bisherigen Krankheitsverlaufes und der Gründe für die palliativmedizinische Behandlung

bitte ausführliche, nachvollziehbare Darstellung in Textform (keine Stichworte)

7. Beschreibung des Prozesses der palliativmedizinischen Begleitung. (Symptomkontrolle, Therapieansätze und erzielte Erfolge)

bitte ausführliche, nachvollziehbare Darstellung in Textform (keine Stichworte)

8. Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten und Berufsgruppen (symptomorientierte, psychosoziale und spirituelle Betreuung)

bitte ausführliche, nachvollziehbare Darstellung in Textform (keine Stichworte)