

Dokumentierter Nachweis der Versorgung von Palliativpatienten

Antragsteller/in: _____



1. Persönliche Daten:

Namenskürzel: _____ Geschlecht: _____

Alter: _____ Familienstand: _____

Wohnsituation: _____ Pflegestufe: _____

2. Behandlungsort:

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Palliativstation | <input type="checkbox"/> andere Station | <input type="checkbox"/> Hospiz |
| <input type="checkbox"/> Zuhause | <input type="checkbox"/> Konsil | <input type="checkbox"/> Praxis |
| <input type="checkbox"/> Ambulanz | <input type="checkbox"/> Palliativ-Care-Team | <input type="checkbox"/> Pflegeheim (mit SAPV) |

3. Behandlungszeitraum:

Von: _____ Bis: _____

4. Erkrankungen:

5. Nebendiagnose/n:

6. Management von körperlichen und psychischen Krisen, welcher Art:

7. Zusammenfassung des bisherigen Krankheitsverlaufes und der Gründe für die palliativmedizinische Behandlung (Bitte ausführlich, nachvollziehbar in Textform darstellen)

Antragsteller/in: _____

**8. Beschreibung des Prozesses der palliativmedizinischen Begleitung
(Symptomkontrolle, Therapieansätze und erzielte Erfolge)**
(Bitte ausführlich, nachvollziehbar in Textform darstellen)

**9. Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten der Berufsgruppe
(symptomorientierte, psychosoziale und spirituelle Betreuung)**
Bitte ausführlich, nachvollziehbar in Textform darstellen
