

# 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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---