

A. Basisdaten / Versorgungssituation vor Aufnahme ins Hospiz

SH (PLZ) <input type="text"/>	Geburtsjahr <input type="text"/>	Krankenkasse
ID-Nr. <input type="text"/>	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> Barmer <input type="radio"/> Hanseatische
Aufnahmedatum <input type="text"/>	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> Künstler-SK <input type="radio"/> DAK <input type="radio"/> KKH
		<input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> See-KK <input type="radio"/> Gärtner <input type="radio"/> TK
		<input type="radio"/> Knappschaft <input type="radio"/> Gmünder <input type="radio"/>
		<input type="radio"/> Sozialamt <input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Ha-Mü <input type="radio"/> Sonstige

Kontakt hergestellt durch Patient Angehörige Hausarzt/Facharzt AHPD Pflegedienst Palliativstation Krankenhaus sonstige

Wohnsituation vor Aufnahme <i>(nur eine Möglichkeit ankreuzen)</i>	Aufenthaltsort vor Aufnahme <i>(nur eine Möglichkeit ankreuzen)</i>	Grund der Aufnahme <i>(alles Zutreffende ankreuzen)</i>	Pflegeversicherung
<input type="radio"/> allein	<input type="radio"/> Zuhause	<input type="radio"/> ambulante Pflege nicht ausreichend	<input type="radio"/> keine
<input type="radio"/> mit Angehörigen	<input type="radio"/> Krankenhaus	<input type="radio"/> Schmerzen	<input type="radio"/> beantragt
<input type="radio"/> Heim	<input type="radio"/> Heim	<input type="radio"/> andere körperliche Probleme	<input type="radio"/> Stufe I
<input type="radio"/> sonstige _____	<input type="radio"/> sonstiger _____	<input type="radio"/> Überlastung der Angehörigen	<input type="radio"/> Stufe II
		<input type="radio"/> sonstiger _____	<input type="radio"/> Stufe III <input type="radio"/> Härtefall
			<input type="radio"/> unbekannt

B. Grunderkrankung / körperliche Verfassung bei Aufnahme ins Hospiz

Hauptdiagnose _____ ICD-10

A	<input type="radio"/> eingeschränkt	SYMPTOME	<input type="radio"/> Körperl.Schwäche	<input type="radio"/> Kachexie (GV >20%)	<input type="radio"/> Atemnot	<input type="radio"/> Dekubitus	<input type="radio"/> Unruhe
Z	<input type="radio"/> teilweise pflegebedürftig		<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="radio"/> Husten	<input type="radio"/> Exulcerationen	<input type="radio"/> Verwirrtheit
	<input type="radio"/> völlig pflegebedürftig		<input type="radio"/> Schmerzen	<input type="radio"/> Schluckstörung	<input type="radio"/> Aszites	<input type="radio"/> Neurol.Symptome	<input type="radio"/> Angst
	<input type="radio"/> moribund		<input type="radio"/> Appetitlosigkeit	<input type="radio"/> Verstopfung	<input type="radio"/> (Lymph-)Ödeme	<input type="radio"/> Urol.Symptome	<input type="radio"/> Depression

C. Palliativmaßnahmen und/oder Hospizliche Begleitung im Verlauf

Palliativmedizinische und palliativpflegerische Leistungen	Psychosoziale und and. Pflegeleistungen	Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter (EA)
<input type="radio"/> Überwachung von Schmerztherapie & Symptomkontrolle	<input type="radio"/> Palliativberatung im Krankheitsverlauf	<input type="radio"/> Unterstützung für den Sterbenden
<input type="radio"/> WHO III(oral/rektal) <input type="radio"/> WHO III(transdermal) <input type="radio"/> WHO III(s.c./i.v.)	<input type="radio"/> Psychische Stützung	<input type="radio"/> Unterstützung für die Angehörigen
<input type="radio"/> Mundpflege <input type="radio"/> Enterale Ernährung <input type="radio"/> Parenterale Ernährung	<input type="radio"/> Sozialrechtliche Beratung	<input type="radio"/> Sozialanwaltschaftliches Handeln
<input type="radio"/> Versorgung von zentralen Zugängen (z.B. Port, Broviac)	<input type="radio"/> Beratung in ethischen Fragen	<input type="radio"/> Spirituelle Begleitung („Sinnklärung“)
<input type="radio"/> s.c.- oder i.v.-Infusionen mit Medikamenten	<input type="radio"/> Physiotherapie <input type="radio"/> Kreativtherapien	<input type="radio"/> Hilfe bei Organisation „letzter Dinge“
<input type="radio"/> Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Pumpensysteme, ADS, O ₂)	<input type="radio"/> Grundpflegeleistungen	<input type="radio"/> Krisenintervention in Akutsituationen
<input type="radio"/> Lagerungsmaßnahmen (z.B. path.Fraktur, Todesrasseln)	<input type="radio"/> Seelsorglich-spirituelle Begleitung	<input type="radio"/> Dasein (Erleben von Gemeinsamkeit)
<input type="radio"/> Wundversorgung (z.B. Dekubitus, exulc.Tumore, Fisteln)	<input type="radio"/> Angehörigenbegleitung	<input type="radio"/> Sitzwachen (z.B. im Sterbeprozess)
<input type="radio"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-)Stomata	<input type="radio"/> Sonstiges _____	<input type="radio"/> Sonstiges _____

D. Abschluß der Betreuung

Zahl ärztlicher Bescheinigungen von Hospizpflege <input type="text"/>	Ziel eines Ortswechsels	Sterbedatum <input type="radio"/> unbekannt
Zahl hausärztlicher Besuche <input type="text"/> Zahl fachärztlicher Besuche <input type="text"/>	<input type="radio"/> zu Hause	<input type="text"/>
Ehrenamtliche MitarbeiterInnen: Zahl der Einsätze <input type="text"/> in h <input type="text"/>	<input type="radio"/> Palliativstation	Sterbeort
Anzahl der eingesetzten ehrenamtlichen MitarbeiterInnen <input type="text"/>	<input type="radio"/> andere Krankenhaus-Abteilung	<input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz
temporär im Krankenhaus verbrachte Tage <input type="text"/>	<input type="radio"/> Pflegeheim	<input type="radio"/> Palliativstation
Nur bei Ortswechsel: Abschluß der Betreuung im SH <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sonstige Einrichtung	<input type="radio"/> andere Krkh.-Abteilung
Grund eines Ortswechsels _____	Ortswechsel veranlasst durch	<input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Unbekannt
	<input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Facharzt	... bzw.Abschlußgrund
	<input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt	<input type="radio"/> Besserung der Situation
	<input type="radio"/> selbst/Angehörige	<input type="radio"/> Umzug
	<input type="radio"/> Stationäres Hospiz	<input type="radio"/> Fehlende Kostenübernahme
	<input type="radio"/> Kostenträger	<input type="radio"/> Sonstiges _____

Wesentliche Probleme bzw. Besonderheiten während der Begleitung / Versorgung (maximal 3)