

# 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)