

Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz
entwickelt im Netzwerk Palliativmedizin Essen

Anlage Palliativversorgung

Name, Vorname	Geb.
---------------	------

Palliativmedizinische Hauptdiagnose

--

Relevante Nebendiagnosen (max. 4)

1.	3.
2.	4.

Vorsorgedokumente

- Patientenverfügung Vorsorgevollmacht (Gesundheitsfürsorge)
 Essener Palliativausweis Betreuung (Gesundheitsfürsorge)
 Sonstige _____

Informiertheit über Schwere und Bedeutung der Erkrankung

- Patient voll teilweise nicht möglich nicht gewünscht
Angehörige voll teilweise nicht nicht vorhanden

Für welche Symptome erhielt der Patient bereits Medikamente?

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Schmerz | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Übelkeit / Erbrechen | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Verstopfung / Durchfall | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Luftnot | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Angst / Unruhe | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Verwirrtheit | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Andere _____ | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |

Folgende Komplikationen sind im Krankheitsverlauf möglich

- akute Blutung Erstickenanfall psychosoziale Überforderung
 Querschnitt / Fraktur Krampfanfall Schluckstörung
 Sonstige _____

aufwendige Versorgung

- Schmerzpumpe PEG auf Ablauf (Ileus) Drainage (Aszites, Pleura, Wunde)
 parenterale Ernährung Portversorgung Andere _____

weitere Dienste

- Ambulantes Hospiz
 Palliativarzt
 Palliativpflegedienst
 Ambulanter Pflegedienst
 SAPV
 Therapeuten (welche?)
 Sonstige

falls möglich, bitte Ansprechpartner und Telefonnummer

Unterschrift Pflegefachkraft _____

Unterschrift Arzt _____ Datum _____

Stempel
