

# 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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung       | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht (Gesundheitsfürsorge) |
| <input type="checkbox"/> Essener Palliativausweis | <input type="checkbox"/> Betreuung (Gesundheitsfürsorge)         |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____           |  |

### Informiertheit über Schwere und Bedeutung der Erkrankung

- |            |                               |                                    |  |  |
|------------|-------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Patient    | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nicht möglich | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |
| Angehörige | <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nicht         | <input type="checkbox"/> 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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> akute Blutung         | <input type="checkbox"/> Erstickenanfall | <input type="checkbox"/> psychosoziale Überforderung |
| <input type="checkbox"/> Querschnitt / Fraktur | <input type="checkbox"/> Krampfanfall    | <input type="checkbox"/> Schluckstörung              |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____        |  |  |

### aufwendige Versorgung

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe          | <input type="checkbox"/> PEG auf Ablauf (Ileus) | <input type="checkbox"/> Drainage (Aszites, Pleura, Wunde) |
| <input type="checkbox"/> parenterale Ernährung | <input type="checkbox"/> Portversorgung         | <input type="checkbox"/> Andere _____                      |

### weitere Dienste

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Hospiz       |
| <input type="checkbox"/> Palliativarzt           |
| <input type="checkbox"/> Palliativpflegedienst   |
| <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> SAPV                    |
| <input type="checkbox"/> Therapeuten (welche?)   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige                |

### falls möglich, bitte Ansprechpartner und Telefonnummer

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Unterschrift Pflegefachkraft \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Stempel