



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

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 regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Übelkeit / Erbrechen regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Verstopfung / Durchfall regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Luftnot regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Angst / Unruhe regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Verwirrtheit regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Schlafstörungen regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich
- Andere _____ regelmäßig bei Bedarf nicht erforderlich

Folgende Komplikationen sind im Krankheitsverlauf möglich

- akute Blutung Erstickungsanfall 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

Stand: November 2015

Statuserhebung

Name: _____ Geb. _____ Wohnbereich: _____ Datum: _____

A Hauptdiagnose				
B Checkliste ärztliche Verordnungen			Ja	Nein
B 1	Aktuelle Medikation ist überprüft, nicht zielführende Medikamente sind abgesetzt			
B 2	Anordnung für den Umgang mit Medikamenten bei Schluckunfähigkeit ist vorhanden			
B 3	Die ärztliche Verordnung/Bedarfsmedikation (<i>subkutan, sublingual, ggfs. oral</i>) liegt für die folgenden, mit „ja“ beantworteten Symptome vor:			
B 3.1	Schmerzen			
B 3.2	Rasselatmung / bronchiale Sekretion			
B 3.3	Luftnot (<i>Dyspnoe</i>)			
B 3.4	Unruhe / Verwirrtheit			
B 3.5	Übelkeit / Erbrechen			
B 3.6	Obstipation			
B 3.7	Juckreiz			
B 3.8	Sonstiges:			
B 4	Medizinische Interventionen / Maßnahmen sind überprüft			
B 4.1	subkutane Flüssigkeitsgabe			
B 4.2	Antibiotikagabe			
B 4.3	Indikation zur Dauerkatheter-Anlage im Bedarfsfall gegeben			
B 4.4	Sonstiges:			
B 5	Mitbehandlung durch SAPV (<i>Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung</i>) / PKD (<i>Palliativmedizinischer Konsiliardienst</i>) geprüft			
B 5.1	SAPV/PKD wird in Anspruch genommen			
C Checkliste pflegerische Interventionen / Maßnahmen			Ja	Nein
C 1	Unangemessene Prophylaxen sind nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt beendet ¹			
D Checkliste Kommunikation/Information (mit Zu- und Angehörigen, gesetzlichen Vertretern und Pflege-/Betreuungsteam)			Ja	Nein
D 1	Der oben genannte Personenkreis ist über den aktuellen Zustand des Bewohners informiert			
D 2	Die Möglichkeit zur Übernachtung wurde angeboten			
D 3	Sonstige wichtige Informationen wurden weitergegeben, und zwar			
D 4	Die Informationsbroschüre wurde angeboten			
E Checkliste Religiöse / spirituelle / psychosoziale Begleitung / Unterstützung			Ja	Nein
E 1	Konfessionsorientierte Begleitung			
E 1.1	Seelsorgerische Begleitung (z.B. Krankensalbung, Aussegnung)			
E 2	Ehrenamtliche Begleitung durch einen Hospizdienst			
E 3	Sonstige (<i>Verwandte, Bekannte, Andere (Ehrenamtliche)</i>)			
F Sonstige Informationen			Ja	Nein
F 1	Kontaktinformationen der Angehörigen etc. sind aktuell (<i>Handy-Nr.? nächtliche Anrufe erwünscht?</i>)			
F 2	Bestattungswünsche sind bekannt			
F 3	Nachlasspflege			
F 3	ggfs. Essener Palliativausweis vorhanden			

¹ Lagerungsplan – individuelle Änderungen (z.B. Microlagerungen) vom Arzt gegenzeichnen lassen.

3 Symptomorientierte, palliative Begleitung und Dokumentation (SoD)

Verlaufsdokumentation

- Bei Wunden wird die einrichtungsinterne Wundverlaufsdokumentation angelegt / weitergeführt.
- Pflegerische Interventionen (Prophylaxen) sind situationsabhängig (bedarfs- und bedürfnisorientiert) durchzuführen bzw. zu beenden.
- siehe auch Handlungsempfehlungen (http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/main_fachinfo_formulare.html)

Legende: Bitte im Zeitraster nur ein „E“ (= Ziel Erreicht) oder „A“ (Abweichung vom Ziel) eintragen. Wurde A eingetragen, ist die Konkretisierung auf dem Abweichungsbogen näher zu erläutern.

Symptom <small>(siehe Handreichungen)</small>	Ziel		8 h	12 h	16 h	20 h	24 h	4 h
1 Schmerz	Betroffene(r) ist schmerzfrei. • Schmerz-Assessment (z.B. NRS (verbal), BESD (nonverbal)) • Lageänderung erwägen							
2 Trachealsekret	Betroffene(r) leidet nicht unter „Todesrasseln“. • Lageänderung erwägen • Flüssigkeitszufuhr reduzieren • Aufklärung der Angehörigen							
3 Luftnot (Dyspnoe)	Betroffene(r) weist keine Atemnot auf. • Lageänderung erwägen • Ventilator kann hilfreich sein, Fenster öffnen, ruhige Atmosphäre							
4 Unruhe	Betroffene(r) ist nicht unruhig. • reversible Ursachen ausschließen, z.B. Schmerz, Harnverhalt, Opioidtoxizität • Lageänderung erwägen • (ehrenamtliche) Begleitung erforderlich?							
5 Übelkeit	Betroffene(r) weist keine Übelkeit auf.							
6 Erbrechen	Betroffene(r) erbricht nicht.							
7 Stuhlgang	Betroffene(r) hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung.							
8 Miktion	Betroffene(r) hat keine Probleme mit der Urinausscheidung. • Blasenkatheter bei Harnverhalt							
9 Andere Symptome <small>Falls doch, hier ergänzen: Symptom 1 Symptom 2</small>	Betroffene(r) hat keine anderen Symptome.							
10 Medikation	Sichere / komfortable Medikamentengabe ist gewährleistet • z.B. Kontrolle von s.c. Zugang, Medikamentenpumpe, PEG, Opioidpflaster • Wird keine Medikation benötigt, bitte „nz“ (nicht zutreffend) notieren.							
11 Hydratation	Betroffene(r) erhält Flüssigkeit nach Bedarf.							
12 Mundpflege	Der Mund ist feucht und sauber. • Angehörige einbeziehen, wenn angebracht							
13 Haut	Die körperliche Integrität ist durch den Hautzustand nicht beeinträchtigt. • Konzepte Dekubitusprophylaxe, Basale Stimulation® und Kinästhetik angemessen beachten							
14 Körperpflege	Die persönlichen Hygienebedürfnisse sind erfüllt. • religiöse, kulturelle Bedürfnisse beachten • ggfs. Angehörige einbeziehen							
15 Umgebung	Persönlichen Bedürfnissen angepasste Umgebung.							
16 Psyche	Für das psychische Wohlbefinden ist gesorgt.							
17 Angehörige	Für das Wohlbefinden der Angehörigen ist gesorgt.							
	Handzeichen der Pflegefachkraft (pro Schicht)		Früh			Spät		Nacht

Symptomorientierte, palliative Begleitung und Dokumentation (SoD)

Abweichungsbogen / Verlaufsevaluation

- Beschreibung und Analyse der Abweichungen und des Verlaufs
- Wichtige Ereignisse (z.B. Besuch SAPV/PKD, erhöhte Symptomlast, ...)

Datum / Zeit	Handzeichen	Symptom-Nr.	Beschreibung der Abweichung und des Verlaufs	Ergebnis, Evaluation

5

Symptomorientierte, palliative Begleitung und Dokumentation (SoD)

→ DIESE SEITE WIRD NICHT IN DER BEWOHNERDOKUMENTATION ABGEHEFTET!

Betreuung nach dem Tod

- Nach hausinternen Vorgaben (Standard, Verfahrensanweisung, ...)
- Nicht zu vergessen: Information an ehrenamtlichen Mitarbeiter des ambulanten Hospizdienstes!

Wenn möglich: Nachbesprechung (Rückschau) der gemeinsamen Begleitung und des Verlaufs.

1. Was ist uns in der Begleitung des sterbenden Menschen besonders gut gelungen und warum? 😊

2. Was war eher schwierig und warum? ☹️
