

# Formular: *Stammblatt Palliativpatient\*in*



Patient\*in Adresse

Datum der Erstbearbeitung:

Aktualisiert am: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## >> Palliativmedizinische Hauptdiagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## >> Nebendiagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## >> Wohnsituation

Allein  mit Angehörigen  stationäre Einrichtung  Pflegestufe:

## >> Heil- und Hilfsmittel:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## >> Beteiligte Dienste / Personen / Behandelnde:

Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Ehrenamtlicher Dienst:

\_\_\_\_\_

Palliativpflege: \_\_\_\_\_

Palliativstation / Tagesklinik:

\_\_\_\_\_

Palliativärzt\*in: \_\_\_\_\_

Hausärzt\*in

\_\_\_\_\_

## >> Dokumentierter Patient\*innenwille:

Patient\*innenverfügung

Betreuungsverfügung

Vorsorgevollmacht

Essener Palliativausweis

## >> Biographische oder psychosoziale Besonderheiten:

*(vertrauliche Inhalte gesondert dokumentiert: ja / nein)*