

# Assessment zur Feststellung *palliativen Handlungsbedarfes* und zur *Evaluierung der Pflegeprozessplanung*

Netzwerk Palliativmedizin Essen (NPE)

Name: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Symptom	(bei Mehrfachnennung in einer Rubrik Betreffendes ankreuzen)	NEIN	JA
<b>Schmerz</b>	Gibt der Patient Schmerzen an oder weist sein Verhalten, Mimik, Gesten und Körperhaltung auf eine Schmerzsymptomatik hin? ( <i>Schmerzassessment, ggf. BESD Bogen durchführen</i> )		
<b>Unruhe</b>	Zeigt der Patient unruhiges Verhalten (z. B. <i>Nesteln, Schaukeln, ständiges Rufen</i> )?		
<b>Trachealsekret</b>	Ist der Patient verschleimt?		
<b>Übelkeit</b>	Klagt der Patient über Übelkeit oder lässt sich durch sein ablehnendes Verhalten gegenüber von Speisen und Getränken eine Übelkeit vermuten?		
<b>Erbrechen</b>	Kommt es bei dem Patienten in den letzten Tagen häufig/regelmäßig zum Erbrechen?		
<b>Dyspnoe</b>	Klagt der Patient über Luftnot? Hat sich die Atmung hinsichtlich Tiefe, Atemzughäufigkeit oder Geräusch verändert?		
<b>Miktion</b>	Sind Menge, Aussehen, Geruch des Urins oder die Häufigkeit des Wasserlassens verändert? Bei Kathetrträgern: gibt es Probleme mit dem Katheter?		
<b>Stuhlgang</b>	Setzt der Patient unregelmäßig Stuhlgang ab? Ist der Stuhlgang schmerzhaft / erschwert? Leidet der Patient unter Durchfall?		
<b>andere Symptome</b>	Gibt es weitere Symptome / Umstände unter denen der Bewohner leidet?		
<b>Medikation</b>	Gibt es Hinweise auf Unverträglichkeiten / Nebenwirkungen von Medikamenten? Kann der Patient die Medikamente schlecht oder gar nicht schlucken?		
<b>Hydratation</b>	Hat der Patient Durst? Gibt es Hinweise auf Austrocknung ( <i>Rückgang der Urinproduktion, Zunahme der Verwirrtheit</i> )?		
<b>Mundpflege</b>	Ist der Mund trocken? Gibt es Einschränkungen in der Kaufähigkeit ( <i>krankte Zähne, schlecht sitzende Prothese</i> )? Liegt eine Mundentzündung vor?		
<b>Haut</b>	Hat der Patient Hautjucken ( <i>Kratzspuren</i> )? Gibt es wunde Stellen? Gibt es nicht heilende Wunden?		
<b>Körperpflege</b>	Werden die besonderen Gewohnheiten des Patienten ausreichend berücksichtigt?		
<b>Umgebung</b>	Gibt es Umgebungsbedingungen die den Patienten belasten?		

1



**Empfehlung:** Durchführung bei Neuaufnahmen in den ersten sechs Wochen und einmal pro Quartal sowie bei akuter Verschlechterung.

# Assessment zur Feststellung *palliativen Handlungsbedarfes* und zur *Evaluierung der Pflegeprozessplanung*

Netzwerk Palliativmedizin Essen (NPE)

Name: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Symptom <i>(bei Mehrfachnennung in einer Rubrik Betreffendes ankreuzen)</i>	NEIN	JA
<b>Psyche</b> <i>(nicht dementiell bedingtes Syndrom)</i> Macht der Patient einen traurigen Eindruck? Macht der Patient einen ängstlichen Eindruck? Ist der Patient verwirrt/hat er Halluzinationen?		
<b>Angehörige</b> Gibt es Gesprächsbedarf seitens Angehörigen? Gibt es besondere Belastungen in der Familie?		
Liegt eine gesetzliche Betreuung oder Vorsorgevollmacht vor?		
Liegt eine Patientenverfügung vor?		
Wenn Ja, ist der Inhalt der Verfügung bekannt?		
<b>Wünscht der Patient lebensverlängernde Maßnahmen?</b> Wünscht der Patient eine PEG-Anlage? Wünscht der Patient bei nicht ausreichender Trinkmenge eine Infusion? Lehnt der Patient auf Grund seiner Erkrankung eine Herz-Kreislaufwiederbelebung ab? Lehnt der Patient eine intensivmedizinische Behandlung ab? Lehnt der Patient eine Krankenhauseinweisung grundsätzlich ab?		
Liegt ein Palliativausweis vor?		
Sind spirituelle, religiöse, kulturelle Wünsche zur Sterbebegleitung bekannt?		
Werden Erkenntnisse aus der Biographie berücksichtigt?		
Sind Angehörige in die Begleitung eingebunden?		
Liegt ein Wunsch zu ehrenamtlicher Sterbebegleitung vor?		

## Aus der Einschätzung ergeben sich folgende Maßnahmen

- Beratungsgespräch Patient mit Angehörigen/Zugehörigen/gesetzlichem Vertreter
- Arzt konsultieren
- Hinzuziehen einer palliativen Fachkraft
- Hinzuziehen eines Mitarbeiters eines Ambulanten Hospizdienstes
- Hinzuziehen eines Seelsorgers
- Hinzuziehen weiterer Therapeuten (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie)
- Sonstiges  keine

2

**Empfehlung:** Durchführung bei Neuaufnahmen in den ersten sechs Wochen und einmal pro Quartal sowie bei akuter Verschlechterung

Dokument erstellt am 25.06.2014 durch M. Degner Freigabe: M. Kloke

Revision 3 geplant: Januar 2021

Netzwerk Palliativmedizin Essen (NPE)  
Henricistraße 40-42 | 45136 Essen

Tel. 02 01/174-4 99 99  
Fax 02 01/174-4 99 90

info@netzwerk-palliativmedizin-essen.de  
www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de