

# Screening *palliative und hospizliche Bedarfe*

Patientenadresse oder

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

## >> Anlass

Erstaufnahme     Wiederaufnahme     Initiative Pflegekraft     Andere: \_\_\_\_\_

Veränderungen gesundheitsbezogener Merkmale		Ja	Nein	Unklar
Des Bewusstseins	Grundstimmung			
	Erhöhte Tagesschläfrigkeit			
	Verschiebung Tag-/Nachtrhythmus			
	Verwirrtheit			
	Unruhe, Angst			
Des Verhaltens	Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme			
	Sozialverhalten			
	Vernachlässigung der Körperpflege			
	Vernachlässigung der Wohnung			

Veränderungen der Krankheitsbilder/ des Erkrankungsverlaufes		Ja	Nein	Unklar
Physische und psychische Symptome	Rascher Wechsel der Symptome			
	Zunahme der Intensität der Symptome			
	Zunahme der Anzahl der Symptome			
	Zunahme der Erkrankungsdiagnosen			
Gesundheitliche Krisen	Zunahme der Krankenhausaufenthalte			
	Vermehrte Notarzteinsätze			
	Vermehrte Inanspruchnahme der Rufbereitschaft			
Rasche Steigerung des Pflegebedarfes	Unzureichende Erholung nach akuter Erkrankung			
	Mobilität			
	Ausscheidung			
	Prophylaxen			
	Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme			

Psychosoziale Bedarfe		Ja	Nein	Unklar
	Lebensdeplanung			
	Ermittlung des Patientenwillens			
	Seelsorgerische Begleitung			
	Hospizliche Begleitung			

Zusammenfassende Bewertung		Ja	Nein	Unklar
	Palliative Betreuungsbedarfe			
	Hinweise auf den Beginn der letzten Lebensphase			
	Hinweise auf den Beginn der Sterbephase			

>> Durchgeführt am: \_\_\_\_\_ von (Name): \_\_\_\_\_

>> Weiterleitung am \_\_\_\_\_ von (Name): \_\_\_\_\_