

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*)