

Ergebnis Assessment Hier Klicken und Krankenkasse oder Verordner eintragen !!

Name: Vorname: Straße: PLZ / Wohnort: Tel.: Gesetzl. Vertreter: Informationsberechtigter Angehöriger:	1. Versicherten-Nr.	
	2. Geburtsdatum	
	3. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	4. Datum: Erstverordnung	bis Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV
	4. Datum: Folgeverordnung	bis Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV
	5. Datum: Mitteilung bei Beendigung SAPV	letzter Tag SAPV:
SAPV-Team:		
Hausarzt:		
Häusl. Krankenpflege:		

ICD 10:

Pat. befindet sich im häuslichen Umfeld (eigener Haushalt) im häuslichen Umfeld (Haushalt Angehörige)
 im Pflegeheim im stationären Hospiz
 in einer Einrichtung der Behinderten- oder Jugendhilfe

Pat. wird aktuell mitbetreut durch:

Hausarzt ambulanten Pflegedienst Physiotherapeut
 Facharzt hauswirtschaftliche Versorgung Logopäde
 Kinderarzt amb. Hospizdienst Sonstige:

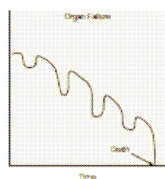
Letzte Krankenhausbehandlung wann: wo:
 Krankenhaus-Entlassbericht liegt bei : ja/ nein (bitte nicht zutreffendes streichen)

Palliativfall definierende Diagnose (mit detaillierter Beschreibung des Krankheitsstadiums):

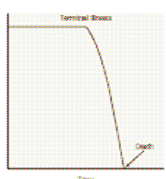
Für die Palliativversorgung relevante Begleiterkrankungen:

Aktuelle Medikation (falls nicht aus der Verordnung ersichtlich),
insbesondere **Änderungen** im Vergleich zur Ausgangsmedikation:

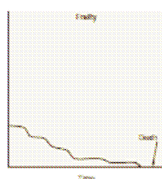
Der Patient befindet sich in folgendem Krankheitsverlauf/-stadium:



Organversagen, z.B. Herzinsuffizienz



Terminale Erkrankung, z.B. Krebs



Gebrechlichkeit, z.B. multiple internistische Erkrankungen

Lunney JR et al, 2003: Patterns of Functional Decline at the End of Life, JAMA 289: 2387-2392

Krisenhafter Verlauf bei weit fortgeschrittener chronischer Erkrankung

Präterminale Phase (letzte Monate)

Terminale Phase (letzte Wochen)

Finale Phase (letzte Tage)

Sonstiges (näher beschreiben)

Kurative Behandlungen sind abgeschlossen: ja nein

Noch laufende **tumorgerichtete Therapie** (z.B. Strahlentherapie, Chemotherapie, Hormontherapie)

ja nein

Wenn ja -> Angabe der Indikation:

Die Mittel der Regelversorgung/der allgemeinen Palliativversorgung reichen nicht aus, weil

Komplexes Symptomgeschehen nach SAPV – RL: liegt vor liegt nicht vor
Zutreffende Bereiche ankreuzen – die Ausprägung **muss** beschrieben werden:

ausgeprägte Schmerzsymptomatik

ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik

ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte urogenitale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden/Tumore

ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik

Sonstiges komplexes Symptomgeschehen:

Symptomverstärkende Faktoren

somatische Faktoren:

psychische Faktoren:

soziale Faktoren:

spirituelle Faktoren:

Der Patient / die Patientin benötigt die Leistungen der SAPV: ja nein

Folgende SAPV-Leistungen sind notwendig:

Beratung zu folgendem Sachverhalt

Patienten- und Angehörigenedukation

Schmerzmanagement

Wundmanagement, Wundversorgung

- bedarfsgerechte Nährstoff- und Flüssigkeitsversorgung
- Angemessene Lagerungsmaßnahmen
- bedarfsgerechte Medikation mit Anpassung von Dosierungen und Applikationsformen
- Adäquate medizinisch - apparative Ausstattung und sachgerechter Einsatz dieser Ausstattung
- Angemessene Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Förderung der Kommunikation/Interaktion
- Integration in das Soziale Umfeld, Milieugestaltung
- Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod
- Veranlassung / Implementierung von Unterstützungsangeboten zu hospizlichen, seelsorgerischen, psychoonkologischen und sozialrechtlichen Belangen
- Anderes:

In die Beratung werden folgende Personen/Leistungserbringer einbezogen:

- Patient Angehörige Hausarzt Pflegedienst Andere:

Koordination / Teil- / Vollversorgung gemäß Vertrag § 132d SGB V folgender Versorgungsnotwendigkeiten:

- Koordination des häuslichen Versorgungssettings
- Bedarfsgerechte Präsenz mit Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr
- Vorbeugendes Krisenmanagement
- Sicherstellung des Informationsaustauschs zwischen allen Beteiligten
- Patienten- und Angehörigenbegleitung mit kontinuierlichem Gesprächsangebot zu sozialrechtlichen, pflegerischen, spirituellen, medizinischen und psychosozialen Fragestellungen und Bedürfnissen
- Führung eines individuellen Behandlungsplans
- Symptomlinderung durch Verordnung/Beratung zur Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- Evaluation / Re- Assessment der geplanten und durchgeführten Interventionen
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Anderes:

Behandlungsplan muss abgestimmt werden mit folgenden Leistungserbringern:

- Hausarzt Apotheke Pflegeeinrichtung Physiotherapeut
 Facharzt Sanitätshaus Hospiz Logopädie
 Kinderarzt Sonstige:

Behandlungsplan ist: konsentiert teilweise konsentiert muss noch abgestimmt werden
 Notfallplan erstellt Rufbereitschaft organisiert

Derzeit geschätzter **Aufwand** für die nächsten 7 Tage:

- Schwerpunkt Koordination Schwerpunkt Hausbesuche
 1-2 Hausbesuche/Woche 3-5 Hausbesuche/Woche > 5 Hausbesuche/Woche
-

SAPV-Verordnung:

- Es besteht kein Bedarf an SAPV. Die Mittel der Regelversorgung reichen aus.
- SAPV –Verordnung liegt nach Anspruch und Bedarf vor.
- SAPV – Verordnung muss gemäß dem oben genannten Leistungsbedarf folgendermaßen angepasst werden.

Hinweis für den Verordner: *Wir gehen davon aus, dass Sie mit der Änderung des Verordnungsumfangs einverstanden sind, wenn Sie dem nicht innerhalb von 2 Arbeitstagen nach Zustellung widersprechen.*

- SAPV – Folgeverordnung muss nach dem oben genannten Leistungsbedarf bis zum vorliegen.

Assessment durchgeführt am:

Unterschrift der / des Verantwortlichen: _____

Änderungsmitteilung Hier Klicken und Krankenkasse oder Verordner eintragen !!

Name: Vorname: Straße: PLZ / Wohnort: Tel.: Gesetzl. Vertreter:	1. Versicherten-Nr.	
	2. Geburtsdatum	
	3. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	4. Datum: Erstverordnung	bis Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV
	4. Datum: Folgeverordnung	bis Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV
Informationsberechtigter Angehöriger:	5. Datum: Mitteilung bei Beendigung SAPV	letzter Tag SAPV:
	SAPV-Team:	
	Hausarzt:	
		Häusl. Krankenpflege:

SAPV-Verordnung:

- Aktuell besteht kein Bedarf mehr. Die Mittel der Regelversorgung reichen momentan aus.
- SAPV – Verordnung muss gemäß dem oben genannten Leistungsbedarf folgendermaßen angepasst werden.

Hinweis für den Verordner: Wir gehen davon aus, dass Sie mit der Änderung des Verordnungsumfangs einverstanden sind, wenn Sie dem nicht innerhalb von 2 Arbeitstagen nach Zustellung widersprechen.

- Die SAPV endet am:
- mit der stationären Aufnahme am :
 - mit dem Tod des Patienten am :
- Verlegung in stationäres Hospiz am
- SAPV – Folgeverordnung muss nach dem oben genannten Leistungsbedarf bis zum vorliegen.

Datum: _____ Unterschrift der / des Verantwortlichen: _____