

Anlage 8 (Muster)

Name: Vorname: Straße: Wohnort: Tel.: Handy: Bevollmächtigte Personen / Gesetzl. Betreuer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name: Bezug: Telefonnummer:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #cccccc;">1. ID-NR</td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #cccccc;">2. Geburtsdat.</td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #cccccc;">3. Geschlecht</td><td><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</td></tr> <tr><td style="background-color: #cccccc;">4. Nationalität:</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Dolmetscher benö- tigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td></tr> <tr><td style="background-color: #cccccc;">5. Konfession:</td><td></td></tr> <tr><td style="background-color: #cccccc;">6. Erstverordnung</td><td>Datum bis: Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV</td></tr> <tr><td style="background-color: #cccccc;">7. Folgeverordnung</td><td>Datum bis: Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV</td></tr> <tr><td colspan="2" style="background-color: #0070c0; color: white;">8b Tumorausbreitung / Metastasen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hirn</td><td><input type="checkbox"/> Leber</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lunge</td><td><input type="checkbox"/> Knochen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sonstige:</td><td></td></tr> </table>	1. ID-NR		2. Geburtsdat.		3. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	4. Nationalität:			Dolmetscher benö- tigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	5. Konfession:		6. Erstverordnung	Datum bis: Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV	7. Folgeverordnung	Datum bis: Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV	8b Tumorausbreitung / Metastasen		<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
1. ID-NR																									
2. Geburtsdat.																									
3. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich																								
4. Nationalität:																									
	Dolmetscher benö- tigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
5. Konfession:																									
6. Erstverordnung	Datum bis: Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV																								
7. Folgeverordnung	Datum bis: Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV																								
8b Tumorausbreitung / Metastasen																									
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Leber																								
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Knochen																								
<input type="checkbox"/> Sonstige:																									
8a Diagnosen / Probleme: wenn keine ICD bitte Text eintragen																									
Hauptdiagnose- ICD-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nebendiagnose-ICD-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> internistische Erkrankung <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung																								
9. Absprachen/Vorlagen	11. Aktuelle medizinische/pflegerische Behandler																								
<input type="checkbox"/> Notfallplan: _____ <input type="checkbox"/> Patientenverfügung: _____ <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: _____ <input type="checkbox"/> Betreuung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges (Bitte ausformulieren): _____	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Palliativarzt (QPA) <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> ambulantes Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativberatung(AHPB) <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte angeben) _____																								
10. Behandlungsort Aktuell / geplant																									
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> allein - Hausnotruf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt: <input type="checkbox"/> mit versorgenden Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> stationäres Hospiz, angemeldet am: _____ <input type="checkbox"/> Krankenhaus - Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus - Allgemeinstation <input type="checkbox"/> Sonstiger: _____																									
12. Pflegestufe																									
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III <input type="checkbox"/> Stufe III +																									
<input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> Widerspruch eingelegt am: <input type="checkbox"/> Widerspruch abgelehnt am:																									
<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt am: <input type="checkbox"/> MDK – Termin am:																									
13. Schwerbehindertenausweis:																									
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____	<input type="checkbox"/> Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> Grad der Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Verschlimmerungsantrag gestellt am: _____																								
14. Sonstiges																									
Zuzahlungsbefreiung beantragt <input type="checkbox"/> ja, am _____ (Datum) <input type="checkbox"/> genehmigt _____ (Jahr)																									

Patient: Krankenversicherung		
Krankenkasse: <input type="checkbox"/> selbstversichert Ansprechpartner Krankenkasse: Tel.:	Versicherten-Nr.: Familienversichert über: Name Vorname des Mitglieds: Zuständige Geschäftsstelle:	
Patient: gesetzl. Vertreter / sorgeberechtigte Personen		■ keine
Name u. Geburtsname: Straße PLZ, Wohnort Bemerkungen:	Vorname: Bezug zum Patient: Handy: Tel.:	
Name u. Geburtsname: Straße: PLZ, Wohnort: Bemerkungen:	Vorname: Bezug zum Patient: Handy: Tel.:	
Angehöriger: zeichnungsberechtigt / bevollmächtigt		■ keine
Name: Straße: Telefon:	Vorname: PLZ: Ort: Handy:	Bezug zum Pat.: Ort: Handy:
Name Straße Telefon Bemerkungen:	Vorname: PLZ: Ort: Handy:	Bezug zum Pat.: Ort: Handy:
Angehörige: informationsberechtigt		■ keine
Name: Straße: Telefon:	Vorname: PLZ: Ort: Handy:	Bezug zum Pat.: Ort: Handy:
Bemerkungen:		

SAPV - Team		
SAPV-Team in:	Telefon:	
Straße:		
Kontaktperson (Arzt / Ärztin)	Telefon:	Handy:
Kontaktperson (Pflege)		
	Telefon:	Handy:
Kontaktperson (Sozialarbeit)		
	Telefon:	Handy:
Hausärztliche / Fachärztliche Versorgung Regelversorgung		
Name Praxis	Ansprechpartner	
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Handy	
Bemerkungen (bitte angeben, ob Haus- oder Facharzt über eine palliativmed. Weiterbildung verfügt):		
Name	Ansprechpartner	
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Handy	
Bemerkungen		
<i>betreuender Pflegedienst (HKP)</i>		■ kein
Name Dienst	Ansprechpartner	
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Handy	
Bemerkungen (bitte angeben, ob Haus- oder Facharzt über eine palliativmed. Weiterbildung verfügt):		
Hospiz		■ kein
Name		
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Handy	
Bemerkungen		
Krankenhaus		■ kein
Name	PLZ	Ort
Telefon		
Name	PLZ	Ort
Telefon		
Bemerkungen		

Apotheke			<input type="checkbox"/> keine
Name			
Straße	PLZ	Ort	
Telefon			
Bemerkungen			
Sanitätshaus			<input type="checkbox"/> kein
Name			
Straße	PLZ	Ort	
Telefon			
Sonstige Leistungserbringer			<input type="checkbox"/> keine
(z.B. Psychologe /Dolmetscher / Phy- siotherapeuten / Dienst zur Organisati- on der parenteralen Ernährung)			
Name:			
Telefon:			
Bemerkungen:			
Name:			
Telefon:			
Bemerkungen:			
Name:			
Telefon:			
Bemerkungen:			

Erhebung durchgeführt von: _____ Datum: _____

(Berufsbezeichnung) _____ Unterschrift: _____

15. aktuelle Versorgungssituation Medizin und Pflege

<input type="checkbox"/> Shunt _____ <input type="checkbox"/> Shuntversorgung _____ <input type="checkbox"/> Port _____ <input type="checkbox"/> Portnadel _____ <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung _____ <input type="checkbox"/> Portversorgung _____ <input type="checkbox"/> PEG _____ <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung _____ <input type="checkbox"/> PEG Versorgung _____ <input type="checkbox"/> AP _____ <input type="checkbox"/> AP Versorgung _____ <input type="checkbox"/> Darmspülung, therapeutische Abführmaßnahmen _____ <input type="checkbox"/> Urostoma _____ <input type="checkbox"/> Urostomaversorgung _____ <input type="checkbox"/> Strahlentherapie _____ <input type="checkbox"/> Chemotherapie _____ <input type="checkbox"/> Opiode der WHO Stufe III <input type="checkbox"/> Steroide <input type="checkbox"/> Wundversorgung _____ <input type="checkbox"/> Lagerungsbehandlung (z.B. Spezialbett) _____ <input type="checkbox"/> Delegationsvereinbarung _____ 	<input type="checkbox"/> Tracheostoma _____ <input type="checkbox"/> Tracheostomaversorgung _____ <input type="checkbox"/> Absaugen _____ <input type="checkbox"/> Beatmen _____ <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe _____ <input type="checkbox"/> Inhalation _____ <input type="checkbox"/> Injektionen / Infusionen / Schmerzpumpe _____ <input type="checkbox"/> Transfusion (EK/TK) _____ <input type="checkbox"/> Ascitespunktion _____ <input type="checkbox"/> Pleuraerguss _____ <input type="checkbox"/> Pleurapunktion _____ <input type="checkbox"/> Transurethraler Blasenkatheter, letzter Wechsel: _____ CH: _____ <input type="checkbox"/> Grundpflege _____ <input type="checkbox"/> Behandlungspflege _____ <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
--	---

16. Physikalische und andere Therapien

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik / Physiotherapie _____ <input type="checkbox"/> Lymphdrainage _____ <input type="checkbox"/> Ergotherapie _____ <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren _____ 	<input type="checkbox"/> Logopädie _____ <input type="checkbox"/> Psychologische Betreuung _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
--	---


17. Hilfsmittel

	Leihgabe von	Eigentum	Beantragt am:		Leihgabe von	Eigentum	Beantragt am
<input type="checkbox"/> Rollstuhl				<input type="checkbox"/> Duschhocker			
<input type="checkbox"/> Gehwagen/Rollator				<input type="checkbox"/> Absauggerät			
<input type="checkbox"/> Pflegebett				<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator			
<input type="checkbox"/> elektr. verstellbarer Einlegerahmen							
<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe				<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl			
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät				<input type="checkbox"/> Toilettensitz-erhöhung			
<input type="checkbox"/> Infusionspumpe				<input type="checkbox"/> Badewannenlifter			
<input type="checkbox"/> PCA Pumpe				<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze			
<input type="checkbox"/> Gehhilfe/Gehstock				<input type="checkbox"/> Sonstiges			

18. Symptomklassifikation
 Einschätzung unter Anwendung der vereinbarten Legende

		kein	leicht	mittel	stark	Nicht beurteilbar	Kommentar
Gastrointestinale Symptome							
Appetitmangel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundtrockenheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schluckbeschwerden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mucositis	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erbrechen	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obstipation	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrhoe	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kachexie		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein			
Urogenitale Symptome							
Harnverhalt		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Urininkontinenz		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hämaturie		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Pyurie		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Renale Ödeme		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Renale Hypertonie		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Oligurie		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Polyurie		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Anurie		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Neurologische Symptome							
Schwierigkeiten bei Bewegung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spastik		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Kontraktur		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Lähmungen		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Myoklonien		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Kribbeln, Taubheit: Hände/Füße		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Krampfanfälle		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fokal	<input type="checkbox"/> generalisiert		
Unruhe		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Somnolenz		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	

	kein	leicht	mittel	stark	Nicht be- urteilbar	Kommentar
Verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verständlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soziale Interaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemlösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gedächtnis/Lernfähigkeit/ Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desorientiertheit						
■ Zur Person	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
■ Zum Ort	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
■ Zur Zeit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
■ Zur Situation	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Emotionale Symptome						
Angst	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Besorgtheit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Anspannung, Aufregung,	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Nervosität, Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Traurigkeit, Antriebsarmut	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Depressivität	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Respiratorische / Kardiale Symptome						
Dyspnoe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Apnoe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Zyanose	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Husten	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hypersekretion/-salivitation	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Rasseln	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hämaptoe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Tachycardie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Bradycardie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Arrhythmie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Nykturie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Ödeme	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hautaffektion						
Juckreiz	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Schwitzen	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Ekzeme	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Wunden	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
■ Lokalisation	_____					
■ Größe	_____					
■ Wundphase	_____					

					Kommentar	
Dekubitus (nach Seiler)	0	1	2	3	4	
<input type="checkbox"/> Lokalisation	<input type="checkbox"/> Ferse		<input type="checkbox"/> sacral			
<input type="checkbox"/> Größe	<input type="checkbox"/> Ellenbogen		<input type="checkbox"/> Sonstige: _____			
<input type="checkbox"/> Wundphase	_____					
Hautbild allgemein:						
<input type="checkbox"/> ikterisch	<input type="checkbox"/> Radiodermatitis					
<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____					
Schleimhäute:						
<input type="checkbox"/> Mund _____	<input type="checkbox"/> Darmschleimhaut _____					
<input type="checkbox"/> Rachen _____						
<input type="checkbox"/> Sonstige _____						
					Nicht beurteilbar	Kommentar
Körpertemperatur						
Fieber	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Allgemeinbefinden						
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Schlafstörung	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Schwäche	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hämatopoetisches System der Blutgefäße						
Manifeste Blutungen	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hämatome	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Petechien	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Blässe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Schmerzsymptome						
Visuelle Analogskala						
						
Lokalisation:	_____					
Besonderheiten:	_____					
Probleme mit der Organisation der Versorgung	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Überforderung der Familie/des Umfeldes	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	

19. ECOG Leistungsstatus		KARNOFSKY Index	
<input type="checkbox"/> 0 Normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung	<input type="checkbox"/> 100 Normalzustand, keine Beschwerden keine manifeste Erkrankung		
<input type="checkbox"/> 1 Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit möglich	<input type="checkbox"/> 90 Minimale Krankheitssymptome <input type="checkbox"/> 80 Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung		
<input type="checkbox"/> 2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen	<input type="checkbox"/> 70 Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich alleine versorgen <input type="checkbox"/> 60 Gelegentliche fremde Hilfe		
<input type="checkbox"/> 3 Nur begrenzte Selbstversorgung möglich, 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden	<input type="checkbox"/> 50 Krankenpflegerische und ärztliche Hilfe, nicht dauernd bettlägrig <input type="checkbox"/> 40 Bettlägrig, spezielle Pflege erforderlich		
<input type="checkbox"/> 4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden	<input type="checkbox"/> 30 Schwer krank, Krankenhauspflege notwendig <input type="checkbox"/> 20 Krankenhauspflege und supportive Maßnahmen erforderlich		
<input type="checkbox"/> 5 Tod	<input type="checkbox"/> 10 Moribund, Krankheit schreitet schnell fort <input type="checkbox"/> 0 Tod		
20. stationäre Behandlung notwendig:		21. Gründe für die Verlegung:	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz <input type="checkbox"/> Heimunterbringung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Verschlechterung AZ <input type="checkbox"/> Verschlechterung EZ <input type="checkbox"/> unzureichende Schmerztherapie <input type="checkbox"/> unzureichende Symptomkontrolle <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
<input type="checkbox"/> Palliative Chemotherapie <input type="checkbox"/> Palliative Bestrahlung <input type="checkbox"/> Geplanter Klinikaufenthalt <input type="checkbox"/> geplante Kurzzeitmaßnahme			
22. Weitere Angaben zum Assessment			
Was ist der Grund des Kontaktes, was das Behandlungsziel? (Freitext) 			
Besonderer Aufwand mit (Freitext): 			
23. Erhebung durchgeführt von:			
<input type="checkbox"/> SAPV-Arzt <input type="checkbox"/> SAPV-Pflegekraft <input type="checkbox"/> SAPV-Psychosozialer Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Name: _____	Dauer des Assessments: _____		
		Fahrzeit: _____ Anfahrtsweg einfach in km: _____	
		Zuständiger Koordinator: _____	
24. Weitere Angaben zum Verlauf			
Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden? (Freitext) Anzahl der Teambesprechungen zur Problemlösung _____		Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden? (Freitext)	
Therapieende: <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> Verlegung <input type="checkbox"/> Entlassung/Wechsel SAPV Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		Sterbeort <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Alten-Pflegeheim <input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige Hei- <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	