*Ergebnis Assessment  Hier Klicken und Krankenkasse oder Verordner eintragen !!*

| | | |
|---|---|---|
| ***Name:*** <br> ***Vorname:*** <br> ***Straße:*** <br> ***PLZ / Wohnort:*** <br> ***Tel.:*** <br> ***Gesetzl. Vertreter:*** <br> ***Informationsberechtigter Angehöriger:*** | **1. Versicherten-Nr.** <br> **2. Geburtsdatum** <br> **3. Geschlecht** | ☐ weiblich ☐ männlich |
| | **4. Datum: Erstverordnung** | bis  Umfang: ☐ B ☐ K ☐ TV ☐ VV |
| | **4. Datum: Folgeverordnung** | bis  Umfang: ☐ B ☐ K ☐ TV ☐ VV |
| | **5. Datum: Mitteilung bei Beendigund SAPV** | letzter Tag SAPV: |
| | **SAPV-Team:** <br> **Hausarzt:** <br> **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)

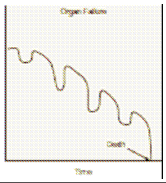
**Palliativfall definierende Diagnose (mit detaillierter Beschreibung des Krankheitsstadiums):**

**Für die Palliativversorgung relevante Begleiterkrankungen:**

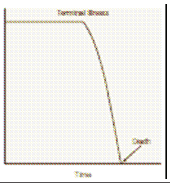
**Aktuelle Medikation** (falls nicht aus der Verordnung ersichtlich),
insbesondere **Änderungen** im Vergleich zur Ausgangsmedikaton:

**Der Patient befindet sich in folgendem Krankheitsverlauf/-stadium:**

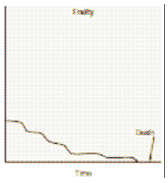
☐ ☐ ☐



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/exulzerierende 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:***<br>***Vorname:***<br>***Straße:***<br>***PLZ / Wohnort:***<br>***Tel.:***<br>***Gesetzl. Vertreter:*** | **1. Versicherten-Nr.**<br>**2. Geburtsdatum**<br>**3. Geschlecht** | ☐ weiblich ☐ männlich |
| | **4. Datum: Erstverordnung** | bis<br>Umfang: ☐ B ☐ K ☐ TV ☐ VV |
| | **4. Datum: Folgeverordnung** | bis<br>Umfang: ☐ B ☐ K ☐ TV ☐ VV |
| | **5. Datum: Mitteilung bei Beendigund SAPV** | letzter Tag SAPV: |
| ***Informationsberechtigter Angehöriger:*** | **SAPV-Team:**<br>**Hausarzt:**<br>**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:_____