

# Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz  
entwickelt im Netzwerk Palliativmedizin Essen

## Anlage Palliativversorgung

Name, Vorname	Geb.
---------------	------

### Palliativmedizinische Hauptdiagnose

--

### Relevante Nebendiagnosen (max. 4)

1.	3.
2.	4.

### Vorsorgedokumente

- Patientenverfügung                       Vorsorgevollmacht (Gesundheitsfürsorge)  
 Essener Palliativausweis                 Betreuung (Gesundheitsfürsorge)  
 Sonstige \_\_\_\_\_

### Informiertheit über Schwere und Bedeutung der Erkrankung

- Patient       voll       teilweise       nicht möglich       nicht gewünscht  
Angehörige  voll       teilweise       nicht                       nicht vorhanden

### Für welche Symptome erhielt der Patient bereits Medikamente?

- |                         |                                     |                                     |   |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Schmerz                 | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Übelkeit / Erbrechen    | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Verstopfung / Durchfall | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Luftnot                 | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Angst / Unruhe          | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Verwirrtheit            | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Schlafstörungen         | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |
| Andere _____            | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich |

### Folgende Komplikationen sind im Krankheitsverlauf möglich

- akute Blutung                       Erstickenanfall                       psychosoziale Überforderung  
 Querschnitt / Fraktur             Krampfanfall                           Schluckstörung  
 Sonstige \_\_\_\_\_

### aufwendige Versorgung

- Schmerzpumpe                       PEG auf Ablauf (Ileus)             Drainage (Aszites, Pleura, Wunde)  
 parenterale Ernährung             Portversorgung                       Andere \_\_\_\_\_

### weitere Dienste

- Ambulantes Hospiz  
 Palliativarzt  
 Palliativpflegedienst  
 Ambulanter Pflegedienst  
 SAPV  
 Therapeuten (welche?)  
 Sonstige

### falls möglich, bitte Ansprechpartner und Telefonnummer

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Unterschrift Pflegefachkraft \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Stempel