

Priorität	<input type="checkbox"/> Notfallmäßig <input type="checkbox"/> Zum nächstmöglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> ab							
Name, Vorname	geboren am:							
Anschrift								
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> PG I <input type="checkbox"/> PG II <input type="checkbox"/> PG III <input type="checkbox"/> PG IV <input type="checkbox"/> PG V <input type="checkbox"/> keine, beantragt am: <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt am:							
Krankenkasse / Versichertennummer								
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Angehöriger	Name, Vorname, Rufnummer, Verwandtschaftsgrad							
Bisheriger Hausarzt								
Einweisende Klinik bzw. Arztpraxis	Klinik, Arzt, Fachbereich bzw. zuständige Brückenpflege oder Sozialdienst, Rufnummer der Station & Arzt							
Religion:	Ernährung wie folgt	<input type="checkbox"/> Par/enteral <input type="checkbox"/> Püriert <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> halal <input type="checkbox"/> koscher						
Spezielle palliativmedizinische Versorgung notwendig weil:	<input type="checkbox"/> Kurative Therapie nicht möglich <input type="checkbox"/> nicht erwünscht ist <input type="checkbox"/> Finalpflege notwendig ist <input type="checkbox"/> KH-Behandlung nach § 39 SGB V <u>nicht erforderlich</u> ist und die häusliche palliativmedizinische Betreuung <u>nicht ausreichend</u> bzw. <u>nicht erwünscht</u> ist <input type="checkbox"/>							
Grunderkrankung -Hauptdiagnosen -Symptome -Psychische Erkrankungen -Suchtmittel	Angaben: Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Ängste, Beatmung, Trachealkanüle, O2 Pflicht, Infektionen etc.?							
Allgemeinzustand	Angaben: Psychische Situation / Orientierung (<i>komatos, Demenz, verwirrt, klar</i>), reduzierter AZ etc?							
Prognose	Angaben: Lebenserwartung, Aufklärung der Angehörigen des Patienten?							
Schmerztherapie								
	Injektion	Oral	Port	ZVK	Peridural	Braunüle	TD-Pflaster	
Medikament								
Dosierung								
Wurde eine palliative Sedierung eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufklärung erfolgt, erwünscht / notwendig?							
Medikament → Dosierung →	<input type="checkbox"/> Midazolam mg/h	<input type="checkbox"/> Diazepam mg/h	<input type="checkbox"/> Haloperidol mg/h	<input type="checkbox"/> Propofol mg/h	<input type="checkbox"/> Lorazepam mg/h			<input type="checkbox"/>
Stempel + Unterschrift des Arztes								