

Anmeldung zur palliativmedizinischen Betreuung durch Palliativ-Team Akut für Kinder & Erwachsene, im Stadt- und Landkreis Heilbronn	Pflegedienstleiter: Hr. Canbaz Mobil: 0152 / 54 52 89 22 Telefax: 07131 / 657 84 99 E-Mail: canbaz@akut-intensiv.de
---	---



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				Ernährungstyp <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> halal <input type="checkbox"/> kosher		
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>komatös, 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							