

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Hoyerswerdaer Palliativbogen

Ersterhebung  Folgeerhebung

Erhebungsdatum:

Uhrzeit:

Hauptdiagnose:

Bekannt seit:

## 1. Psychosoziale Belastung

Was wissen Sie über Ihre Erkrankung und Prognose?
Wie sehen Sie ihre Lebenssituation insgesamt?
Was bedrückt Sie am meisten?
Was fürchten Sie am meisten?
Worauf hoffen Sie?

## 2. Soziale Versorgungsstruktur / Hilfenetz

<b>Wohnsituation und Betreuungsort:</b>			
<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> ETW <input type="checkbox"/> Miete Sonstiges:	Etage: Aufzug (J/N): Hindernisse:	Zusammenleben mit:  Angehörige in Betreuung einbezogen:	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Hospiz
<b>Finanzielle Situation:</b>			
Rente <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Aktuelle AU <input type="checkbox"/> Durch:	GdB: Merkzeichen: Pflegegrad: <input type="checkbox"/> bestätigt <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt <input type="checkbox"/>	
<b>Hospizdienst:</b>	<input type="checkbox"/> SAPV geplant <input type="checkbox"/> SAPV verordnet		
<b>Pflegeorganisation:</b>			
<input type="checkbox"/> Familiäre Pflege <input type="checkbox"/> Pflegedienst _____ <input type="checkbox"/> Pflegeheim _____ <input type="checkbox"/> Hospiz geplant			
<b>(Pflege-) Hilfsmittel:</b> <span style="float: right;">(V) – verordnet / (R) – Rezept noch erforderlich</span>			
<input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Betteinlegerahmen <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehbock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Toilettenrollstuhl <input type="checkbox"/> Lagerungshilfen <input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial <input type="checkbox"/> sonstige:			

### 3. Alltagskompetenz

<b>Karnofsky-Index</b>	<b>90</b> Normale Leistungsfähigkeit, minimale Krankheits-symptome	<b>80</b> Normale Leistungs-fähigkeit mit Anstrengung - geringe Krankheits-symptome	<b>70</b> Eingeschränkte Leistungs-fähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich selbst versorgen	<b>60</b> Eingeschränkte Leistungs-fähigkeit, benötigt gelegentlich fremde Hilfe	<b>50</b> Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, braucht krankpflegerische und ärztliche Betreuung, nicht dauernd bettlägerig	<b>40</b> Bettlägerig, spezielle Pflege erforderlich	<b>30</b> Schwer krank, Krankenhaus-pflege notwendig	<b>20</b> Schwer krank, Krankenhaus-pflege und supportive Maßnahmen erforderlich	<b>10</b> Moribund, Krankheit schreitet schnell fort
<b>ECOG - Status</b>	0 Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung.		1 Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich.		2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen.		3 Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden.		4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden.

### 4. Symptomintensität / Stimmung (IPOS) in den letzten Tagen

Symptom	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem
Schmerzen	( )	( )	( )	( )	( )
Atemnot	( )	( )	( )	( )	( )
Schwäche	( )	( )	( )	( )	( )
Übelkeit	( )	( )	( )	( )	( )
Erbrechen	( )	( )	( )	( )	( )
Appetitlosigkeit	( )	( )	( )	( )	( )
Verstopfung / Durchfall	( )	( )	( )	( )	( )
Mundtrockenheit	( )	( )	( )	( )	( )
Schläfrigkeit	( )	( )	( )	( )	( )
Mobilität	( )	( )	( )	( )	( )
Wunden	( )	( )	( )	( )	( )
Unruhe	( )	( )	( )	( )	( )
Sonstiges:	( )	( )	( )	( )	( )
<b>Stimmung</b>					
Patient beunruhigt	( )	( )	( )	( )	( )
Familie beunruhigt	( )	( )	( )	( )	( )
Patient traurig / bedrückt	( )	( )	( )	( )	( )
<b>Belastung</b>					
Patient: im Frieden	( )	( )	( )	( )	( )
Patient: Gefühle teilen	( )	( )	( )	( )	( )
Patient: Informationen erhalten	( )	( )	( )	( )	( )
<b>Probleme angegangen</b>	( )	( )	( )	( )	( )

### 5. Palliativmaßnahmen

	Unverändert	Änderung
<b>Medikationsplan – Dauermedikation</b>	( )	
<b>Medikationsplan – Bedarfsmedikation</b>	( )	
<b>Medikationsplan – Krisenmedikation</b>	( )	
<b>Heilmittel</b>	( )	
<b>Hilfsmittel</b>	( )	
<b>Wundversorgung</b>	( )	
<b>(Haus-)Krankenpflege</b>	( )	
<b>SAPV</b>	( ) erforderlich	( ) nicht erforderlich

### 6. Vorausverfügungen (ggf. Aufbewahrungsort / wesentlicher Inhalt)

( ) Patientenverfügung	( ) Beerdigungsverfügungen
( ) Vorsorgevollmacht / ( ) Betreuungsverfügung	( ) Notfallbogen SLAEK

# Notfallbogen

_____ Name Patient/in	_____ Geburtsdatum
--------------------------	-----------------------

Sollte in einer aus heutiger Sicht nicht unmittelbar bevorstehenden Situation eine der folgenden Behandlungsmaßnahmen auf Grund des Gesundheitszustandes indiziert sein, dann wird in jedem denkbaren Fall und unabhängig von der sonstigen, dann bestehenden, Lebens- und Behandlungssituation Folgendes gewünscht:

### Therapieziel und Behandlungsform

BITTE NUR EINE MÖGLICHKEIT ANKREUZEN!

#### Therapieziel A: Alle Chancen der Lebensverlängerung nutzen

- Anwendung aller medizinisch indizierten Maßnahmen, einschließlich Wiederbelebungsversuch und Behandlung auf der Intensivstation.

#### Therapieziel B: Nicht mehr alle Chancen der Lebensverlängerung nutzen

- Kein Wiederbelebungsversuch, aber Behandlung auf der Intensiv- und Normalstation des Krankenhauses.
- Kein Wiederbelebungsversuch und keine Behandlung auf der Intensivstation, aber Behandlung auf der Normalstation im Krankenhaus.

#### Therapieziel C: Bestmögliche Symptom- und Leidenslinderung; keine Lebensverlängerung

- Normalstation im Krankenhaus nur, wenn eine Linderung des Leidens ambulant absehbar nicht möglich ist.
- Normalstation im Krankenhaus nur nach Fehlschlagen eines ambulanten Linderungsversuchs.
- Ausschließlich palliative Behandlung ohne Einweisung in ein Krankenhaus.

Volljährige/r Patient/in bringt seinen/ ihren Willen selbst zur Geltung:	Rechtliche/r Vertreter/in bringt Patientenwillen zur Geltung /trifft Entscheidung aufgrund der festgestellten Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens des Patienten:
<p>In einer Situation, in der ich selbst nicht mehr meinen Willen bzw. meine Wünsche äußern kann, ist es mein Wille, wie oben festgelegt behandelt zu werden:</p> <p>Ort: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p style="text-align: center;">----- Unterschrift</p> <p>Ich bestätige als <b>Ärztin/Arzt</b> die Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Ort: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p style="text-align: center;">----- Unterschrift</p>	<p>Ich, _____, Tel.: _____ bin in den Aufgabenkreisen:</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge    <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung zur alleinigen Vertretung des Patienten/der Patientin bestimmt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich als Bevollmächtigte/r ausdrücklich und schriftlich ermächtigt wurde, auch in die Durchführung oder das Unterlassen von Maßnahmen einzuwilligen, die mit der Gefahr verbunden sind, dass der Patient/die Patientin dadurch stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Eine Abschrift des Betreuungsbeschlusses/der Vorsorgevollmacht liegt:</p> <p><input type="checkbox"/> diesem Schreiben bei.    <input type="checkbox"/> in der Einrichtung vor.</p> <p>Der Wille/der mutmaßliche Wille/die Behandlungswünsche des Patienten/der Patientin wurden ermittelt. Danach ist er/sie wie oben festgelegt zu behandeln.</p> <p style="text-align: center;">----- Ort, Datum Unterschrift</p>

### Ärztin/Arzt

- Ich bestätige die Beratung des Patienten/der Patientin bzw. des Stellvertreters über die Folgen der in diesem Notfallbogen getroffenen Festlegung.

Eine frühere Patientenverfügung existiert:

- Ja     nein

Der rechtliche Vertreter/die rechtliche Vertreterin und ich sind uns einig, dass die oben getroffenen Festlegungen dem Willen/dem mutmaßlichen Willen/den Behandlungswünschen des Patienten/der Patientin entsprechen.

-----  
Ort, Datum                      Unterschrift