

**A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung**

SAPV-Pflegedienst \_\_\_\_\_  
 Stadtbezirk Patient \_\_\_\_\_ **Alter**

< 51 Jahre	
51 - 75 Jahre	
> 75 Jahre	

  
 Geschlecht Patient  ♂  ♀  
 Krankenkasse  GKV  privat  
 Datum des SAPV-Beginns (TTMMJJ) 

--	--	--	--	--	--

SAPV initiiert durch:  Pat/Ang  SAPV-Arzt  Haus-/Facharzt  Heim  Pflege-WG  AHD  Palliativstation  Krkh  sonstige

<b>SAPV-Verordnung von</b> <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Koordination <input type="radio"/> Teilversorgung <input type="radio"/> Vollversorgung	<b>Wohnsituation</b> <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> mit Angehörigen <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonstige <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Pflege-WG	<b>Wer kümmert sich?</b> <input type="radio"/> Keiner <i>(mehrere Antworten sind möglich)</i> <input type="radio"/> Partner(in) <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Eltern(teil) <input type="radio"/> private Pflege <input type="radio"/> sonstige(r) Verwandte(r) <input type="radio"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn	<b>Allgemeinzustand</b> <i>(nur eine Möglichkeit ankreuzen)</i> <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> moribund	<b>Pflegeversicherung</b> <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> Grad 1 <input type="radio"/> Grad 2 <input type="radio"/> Grad 3 <input type="radio"/> Grad 4 <input type="radio"/> Grad 5 <b>Hilfe zur Pflege (HzP)</b> <input type="radio"/> bewilligt <input type="radio"/> beantragt
---	---	--	--	---

**B. Grunderkrankung / Hauptprobleme zu Beginn**

Hauptdiagnose gemäß ärztlicher Verordnung \_\_\_\_\_

Was benennt der Patient als Hauptproblem zu Beginn \_\_\_\_\_

**C. Palliativmaßnahmen im Verlauf (bei Erstberatung ohne folgende SAPV-Pflegeversorgung = Beratungsinhalte der Erstberatung)**

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer	Pflegerische Leistungen in der SAPV	Probleme in der SAPV
<input type="radio"/> Ambulanter Hospizdienst <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Apotheke <input type="radio"/> Logopäde/in <input type="radio"/> Betreuer (amtlich eingesetzt) <input type="radio"/> Pflegedienst (SGB V, SGB XI) <input type="radio"/> ErnährungsberaterIn <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Facharzt / Fachärztin <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Hausarzt / Hausärztin <input type="radio"/> PhysiotherapeutIn <input type="radio"/> Hilfsmittelfirma <input type="radio"/> Psychologe/ Psychotherapeut <input type="radio"/> Hospiz (stationär) <input type="radio"/> SeelsorgerIn <input type="radio"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation) <input type="radio"/> SozialarbeiterIn <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> StomatherapeutIn <input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> Sonstige Wer? _____	Beratung und/oder Durchführung bzw Entwicklung symptombezogener Copingstrategien in Bezug auf ... <input type="radio"/> ärztlich verordnete Maßnahmen <input type="radio"/> Umsetzung ärztlich delegierter Leistungen <input type="radio"/> Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht <input type="radio"/> Stabilisierung des sozialen Umfeldes <input type="radio"/> Verlust von Appetit und Durst <input type="radio"/> Verlust von Autonomie <input type="radio"/> Verlust von Mobilität <input type="radio"/> Sonstige: _____	<input type="radio"/> Belastung der Angehörigen <input type="radio"/> Bereitstellung von Hilfsmitteln <input type="radio"/> Bewilligungspraxis der KK <input type="radio"/> Fragen des Therapieverzichts <input type="radio"/> Psychische Belastung der PFK <input type="radio"/> Schnittstellenprobleme des LE <input type="radio"/> Soziales Umfeld des Patienten <input type="radio"/> Umgang mit der Erkrankung <input type="radio"/> Konfrontation mit Wunsch nach Sterbehilfe <input type="radio"/> Sonstige

**D. Abschluss der Versorgung**

SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Erstberatung ohne folgende-SAPV-Pflegeversorgung Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Zahl der Besuche im Rahmen von TV <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> VV <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <b>Überleitungsgrund</b> <input type="radio"/> Medizinische Notfallindikation <input type="radio"/> Sonstige medizinische Indikation <input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (Häusliche) Pflege nicht gesichert <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> Sonstiges / Was? _____																						<b>am Lebensende übergeleitet in</b> <input type="radio"/> Stationäres Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and. Kh.-Abt. <input type="radio"/> Sonstige Einrichtung <b>Überleitung veranlasst durch ...</b> <input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Pflegedienst <input type="radio"/> SAPV-Pflege <input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> KH <input type="radio"/> selbst / Angehörige	<b>Sterbeort</b> <input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and.Kh.-Abt. <input type="radio"/> Sonstiger Ort <input type="radio"/> Unbekannt <b>... bzw.Abschlussgrund</b> <input type="radio"/> Besserung der Situation <input type="radio"/> Umzug <input type="radio"/> Kontakt nicht mehr erwünscht <input type="radio"/> Ablehnung der Krankenkasse <input type="radio"/> Sonstiges
KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV <input type="radio"/> PV <input type="radio"/> HzP <input type="radio"/> Keine KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV <input type="radio"/> PV <input type="radio"/> HzP <input type="radio"/> Besonderheiten während der Versorgung: _____																							