

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

SAPV-Arzt \_\_\_\_\_

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-Pflege  Haus-/Facharzt  Heim  Stat.Hospiz  AHD  Palliativstation  Krkh  sonstige

<p><b>SAPV-Verordnung von</b> <i>(nur eine Möglichkeit)</i></p> <p><input type="radio"/> Beratung</p> <p><input type="radio"/> Koordination</p> <p><input type="radio"/> Teilversorgung</p> <p><input type="radio"/> Vollversorgung</p>	<p><b>Aufenthaltort zu Beginn</b> <i>(nur eine Möglichkeit)</i></p> <p><input type="radio"/> Zuhause (bzw. privates Umfeld)</p> <p><input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG</p> <p><input type="radio"/> sonstige: _____</p>	<p><b>Wer kümmert sich?</b> <input type="radio"/> Keiner <i>(mehrere Antworten sind möglich)</i></p> <p><input type="radio"/> Partner(in) <input type="radio"/> Kind</p> <p><input type="radio"/> Eltern(teil) <input type="radio"/> private Pflege</p> <p><input type="radio"/> sonstige(r) Verwandte(r)</p> <p><input type="radio"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn</p>	<p><b>Allgemeinzustand</b> <i>(nur eine Möglichkeit)</i></p> <p><input type="radio"/> eingeschränkt</p> <p><input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig</p> <p><input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig</p> <p><input type="radio"/> moribund</p>
---	--	--	--

**B. Grunderkrankung / Komplexes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV**

Hauptdiagnose ICD-10 

--	--	--

 \_\_\_\_\_

**Komplexes Symptomgeschehen (zu Beginn)**

gastrointestinal  resp./kardial  Schmerz  urogenital

neurol./psych.  Ulcerationen  psychosozial  Sonstiges

**C. Palliativmaßnahmen im Verlauf**

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer	Leistungen in der SAPV	Probleme in der SAPV
<p><input type="radio"/> Ambulanter Hospizdienst <input type="radio"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="radio"/> Apotheke <input type="radio"/> Logopäde/in</p> <p><input type="radio"/> BetreuerIn (amtlich eingesetzt) <input type="radio"/> Pflegedienst (konventionell)</p> <p><input type="radio"/> ErnährungsberaterIn <input type="radio"/> Pflegeheim</p> <p><input type="radio"/> Facharzt / Fachärztin <input type="radio"/> Pflege-WG</p> <p><input type="radio"/> Hausarzt / Hausärztin <input type="radio"/> PhysiotherapeutIn</p> <p><input type="radio"/> Hilfsmittelfirma <input type="radio"/> Psychologe/in</p> <p><input type="radio"/> Hospiz (stationär) <input type="radio"/> SeelsorgerIn</p> <p><input type="radio"/> Krankenhaus (ohne Palliativstation) <input type="radio"/> SozialarbeiterIn</p> <p><input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> StomatherapeutIn</p> <p><input type="radio"/> SAPV-Pflegedienst <input type="radio"/> Sonstige</p> <p>Welcher? _____ Wer? _____</p>	<p><input type="radio"/> Schmerztherapie</p> <p><input type="radio"/> Linderung anderer Symptome</p> <p><input type="radio"/> Enterale Ernährung (über Sonde)</p> <p><input type="radio"/> Ethische Beratung</p> <p><input type="radio"/> Hilfe beim Umgang mit Sterben und Tod</p> <p><input type="radio"/> Organisation von Hilfsmitteln</p> <p><input type="radio"/> Parenterale Ernährung</p> <p><input type="radio"/> Therapieabbruch / -begrenzung / -verzicht</p> <p><input type="radio"/> Wundversorgung</p>	<p><input type="radio"/> Belastung der Angehörigen</p> <p><input type="radio"/> Bereitstellung von Hilfsmitteln</p> <p><input type="radio"/> Bewilligungspraxis der KK</p> <p><input type="radio"/> Fragen des Therapieverzichts</p> <p><input type="radio"/> Psychische Belastung Arzt</p> <p><input type="radio"/> Schnittstellenprobleme</p> <p><input type="radio"/> Soziales Umfeld des Patienten</p> <p><input type="radio"/> Umgang mit der Erkrankung</p> <p><input type="radio"/> Wunsch nach Sterbehilfe</p> <p><input type="radio"/> Symptomlinderung / Welche?</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p>

**D. Abschluss der Versorgung**

<p>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></p> <p>Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Teilversorgung <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Vollversorgung <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Gesamtzahl der temporären Krankenhauseinweisungen <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Summe der temporär im Krankenhaus verbrachten Tage <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>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></p> <p><b>Überleitungsgrund</b></p> <p><input type="radio"/> Medizinische Notfallindikation <input type="radio"/> Sonstige medizinische Indikation</p> <p><input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (Häusliche) Pflege nicht gesichert</p> <p><input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> Sonstiges / Was? _____</p>																								<p><b>am Lebensende übergeleitet in</b></p> <p><input type="radio"/> Stationäres Hospiz</p> <p><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG</p> <p><input type="radio"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and. Kh.-Abt.</p> <p><input type="radio"/> Sonstige Einrichtung</p> <p><b>Überleitung veranlasst durch ...</b></p> <p><input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Hausarzt</p> <p><input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt</p> <p><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG</p> <p><input type="radio"/> Pflegedienst <input type="radio"/> SAPV-Pflege</p> <p><input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> KH</p> <p><input type="radio"/> selbst / Angehörige</p>	<p><b>Sterbeort</b></p> <p><input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz</p> <p><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG</p> <p><input type="radio"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and.Kh.-Abt.</p> <p><input type="radio"/> Sonstiger Ort <input type="radio"/> Unbekannt</p> <p><b>... bzw.Abschlussgrund</b></p> <p><input type="radio"/> Besserung der Situation</p> <p><input type="radio"/> Umzug</p> <p><input type="radio"/> Kontakt nicht mehr erwünscht</p> <p><input type="radio"/> Ablehnung der Krankenkasse</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges _____</p>

**Besonderheiten während der Versorgung:**