

## Stammdatenblatt

-> Fax: 02594 – 7823862

Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n):

---

---

ICD 10 –Code der Hauptdiagnose, falls vorhanden:

Stadium/ggf. Metastasierung:

---

---

---

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:

---

---

---

Patient befindet sich zur Zeit  im häuslichen Umfeld  in einem Alten/Pflegeheim

Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zu erwartende Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spezielle Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychosoziale Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes