

Erstverordnung

Folgeverordnung: SAPV seit:

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Adresse:

Ambulante Versorgung durch:

Hausarzt Palliativarzt Pflegedienst Private Pflegeperson Amb. Hospizdienst

Palliativrelevante Diagnosen im Klartext mit Erstdiagnose und jetzigem Stadium:

Metastasen mit Lokalisation und funktionellen Einschränkungen:

Begleiterkrankungen:

Bisherige Therapien:	operativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:
	Chemo	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:
	Radiatio	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:

Letzte KH-Behandlung: wann:
wo:

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Ausgeprägte Symptomkontrolle, welche?

Aktuelle Medikation oral i.v. i.m. s.c. Infusion PCA-Pumpe
 Inhalation

und Dosierung

fest:

bei Bedarf:

Andere erforderliche Behandlungen:

KG Lymphdrainage Chemotherapie Radiatio Atemtherapie

Erforderliche besondere palliativpflegerische Maßnahmen:

Port ZVK PEG-Magensonde Sauerstoffgabe DK/Zystofix Urostoma
 Anus praeter Tracheostoma Lagerung Ablaufsonde
 Wundbehandlung mit Beschreibung:

Psychosoziale Betreuung:

Familie/soziales Umfeld:

Patientenverfügung: ja nein

Datum:

Name/Unterschrift
des SAPV-Teams:

Name/Unterschrift
des SAPV-Palliativarztes: