

Name: _____

Ausgefüllt von.....

Im Verlauf sind folgende Probleme dazugekommen:

Pflegedienst ja nein Hausarzt involviert ja nein

HB ja nein Zusätzliche Mitarbeit: _____

Stat. von						
bis						

Ende Betreuung am: _____ Grund: _____

Falls verstorben, wo: _____ nach Wunsch: ja nein Tod plötzlich
Nötig war Subcutanpumpe ____ Schmerzpumpe Port ____

Beim Sterben anwesend waren: _____

Sorgepunkte 0-5	Pat. körperlich	Pat. psychisch	Angehörige
Ende			

Letzte eigene Beobachtung _____ Stunden vor Todeseintritt:

Kommunikation möglich ja → Beschwerden nein / _____
nein

↓
Bewusstsein? nein reagiert etwas reagiert
Beschwerden? ruhig unruhig stöhnt/bewegt sich
Rasselatmung? nein etwas Intervention erforderlich

Angehörige/r stabil belastet überfordert

Was war besonders gut? Wo hatten wir Defizite? Besonderheiten?

Ansprechpartner für Familie: _____

Evt. Adresse: _____ selbe Adresse / ☎ wie PatientIn

_____ ☎ _____

wünscht Einladung zur Erinnerungsfeier: ja nein

informiert: Pflegedienst alle Ärzte Hospizbegleiterin _____

Erbrachte Inhalte außer Behandlungsplan, Fallbesprechungen und Dokumentation:

Koordination Palliativmedizin Anleitung Pat./Familie
Symptomlinderung Palliativpflege Beratung Professionelle
Apparativ Krisenintervention psychosoziale Unterstützung