**Fragebogen nach SAPV-Richtlinie**

**Erstverordnung SAPV**  **Folgeverordnung SAPV (SAPV seit:** **)**

|  |
| --- |
| Personalien (Name, Geburtsdatum, Wohnort: |
| Krankenkasse: |

**SAPV soll erbracht werden**

im eigenen Zuhause  bei Angehörigen lebend  im Pflegeheim  im Hospiz

|  |  |
| --- | --- |
| anderer Ort: |  |

Ambulante Versorgung derzeit durch:

Hausarzt  Facharzt  Pflegedienst  Amb. Hospizdienst

Palliativteam-Arzt  Palliativteam-Pflegekraft  Palliativteam (andere):

1. **Benennung der für den SAPV-Bedarf relevanten Diagnose(n)** mit Datum Erstdiagnose, Stadium, bisherigem und aktuellem Verlauf

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Letzte KH-Behandlung: Wann: | | Wann: |  |
|  | | Wo: |  |
|  | | Wegen: |  |
|  | | | |
| **Ergänzend bitten wir um Arzt- bzw. Krankenhausentlassberichte!** | | | |
|  | | | |
| **Keine Arzt- bzw. Krankenhausentlassberichte hier vorliegend.**  Diese könnten durch den MD Nord angefordert werden bei: | | | |

**Aktuelle bzw. konkret geplante Therapie (bei Tumordiagnose):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Operation  nein | ja (Wann?) | (Welche?) |
| Chemotherapie  nein | ja (Wann?) | derzeit laufend mit: |
| Zielgerichtete/  nein  Immuntherapie | ja (Wann?) | derzeit laufend mit: |
| Antihormonelle  nein  Therapie | ja (Wann?) | derzeit laufend mit: |
| Strahlentherapie  nein | ja (Wann?) | derzeit lfd. mit Zielvolumen: |

**Therapielimitierung bzgl. der SAPV-Diagnose:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aus ärztlicher Sicht:** | |
|  | |
| **Wünsche der Patientin/des Patienten:** | |
|  | |
|  |
| **Behandlungsbedürftige Begleiterkrankungen:** |
|  |

1. **Derzeitiger Zustand und Symptomlast**, erhoben am (TT/MM/JJJJ):

Einteilung **ECOG zur Beurteilung des Gesamtzustandes:**

0 – Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung

1 – Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich.

2 – Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen.

3 – Nur begrenzte Selbstversorgung möglich, 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden.

4 – Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden.

(n. Oken MM et al.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982)

**Ernährungsstatus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Größe: |  | cm | Gewicht: |  | kg | Gewichtsverlust (letzte 3 Monate): |  | kg |

**Ernährungssituation**

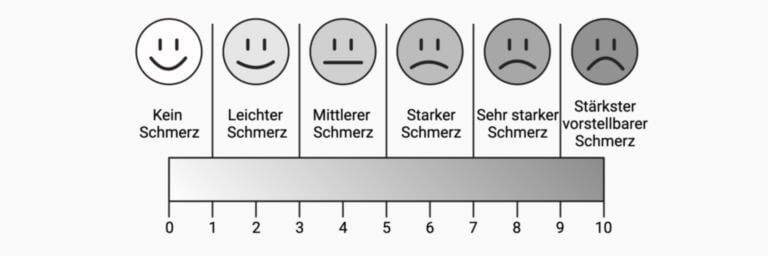
Oral:  vollständig  teilweise  nur Flüssigkeit  nicht möglich

Über PEG:  Nahrung  Flüssigkeit  Medikamentenzufuhr

Parenteral:  Nahrung  Flüssigkeit  Medikamentenzufuhr

**Einzelsymptome und ihre Ausprägung**

keine wenig mittel stark sehr stark stärkst vorstellbar



|  |  |
| --- | --- |
| Nummerische Darstellung der Schmerzsituation im Durchschnitt |  |
| Nummerische Darstellung der max. Schmerzausprägung in den letzten zwei Tagen |  |

**Schmerzlokalisation** *(ggf. Schmerzmännchen als Skizze auf Beiblatt beilegen)*

|  |
| --- |
|  |

**Weitere Symptome:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Atemnot bei alltäglicher Belastung | keine | leicht | mittel | stark |
| Atemnot in Ruhe | keine | leicht | mittel | stark |
| Übelkeit | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Erbrechen | kein | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verstopfung | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Schwäche | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Appetitmangel | kein | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Müdigkeit | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Lähmungen | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Depressivität | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Angst | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Verwirrtheit | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Neurologische Symptomatik | keine | leicht | mittel | stark |
|  | Beschreibung: | | | |
| Psychiatrische Symptomatik | keine | leicht | mittel | stark |
|  | Beschreibung: | | | |
| Krampfneigung  Aszites  Pleuraergüsse  Dekubitus  Chronische Ulzera | | | | |
| Andere Symptome (Welche?) |  | | | |
|  | keine | leicht | mittel | stark |
| Hilfebedarf bei tägl. Aktivität | kein | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Probleme mit Organisation der Versorgung | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |
| Überforderung der Familie, des Umfeldes | keine | leicht | mittel | stark bei: |
|  |  | | | |

**Besonderheiten und Veränderungen im Symptomgeschehen (bei Folgeverordnungen):**

|  |
| --- |
|  |

1. **Besonders aufwändige Versorgung:**

Aktuelle Medikation:

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

**Bitte Medikationsplan in Anlage!**

**Abruf von Bedarfsmedikation (Häufigkeit in den letzten 5 Tagen):**

|  |
| --- |
|  |

**Weitere Maßnahmen, Behandlungsplan und weitere Ziele der SAPV (bitte darstellen)**oder Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung (Anlage 3 SAPV-Rahmenvereinbarung) beilegen

|  |
| --- |
|  |

**Erforderliche Behandlungen:**

Physiotherapie  Lymphdrainage  Atemtherapie  Sauerstoffgabe

Dialyse

**Besondere palliativpflegerische Versorgung und Maßnahmen wegen:**

i.v.-Port  ZVK PEG-/Magensonde  Ablaufsonde  DK/Zystofix

Urostoma  Anus praeter  Tracheostoma  Lagerung

Wundbehandlung (Beschreibung und Lokalisation:

|  |
| --- |
|  |

Psychosoziale Betreuung:

|  |
| --- |
|  |

Andere:

|  |
| --- |
|  |

Familie/soziales Umfeld:

|  |
| --- |
|  |

Datum:

Name/Unterschrift Name/Unterschrift/Stempel

SAPV Pflegedienst Qualifizierte Ärztin/Arzt

**Die Angaben oben zu den Punkten I – III**

**sind nur zur Vorlage beim MD Nord bestimmt.**

**Sie dienen nicht der Vorlage bei der Krankenkasse!**