**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/ [ ]  neinImmuntherapie | [ ]  ja (Wann?)      | [ ]  derzeit laufend mit:      |
| Antihormonelle [ ]  neinTherapie | [ ]  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!**