**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  ja  nein wann:

Chemo  ja   nein wann:

Radiatio  ja   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 Name/Unterschrift

des SAPV-Teams: des SAPV-Palliativarztes:

           