[ ]  **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: