

**Familienname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse/Nummer:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**Angehörige/Ansprechperson:** \_\_\_\_\_

**Pflegegeld:** O ja, Stufe: \_\_\_\_\_ O nein Höherstufe beantragt am \_\_\_\_\_

**Erwachsenenvertretung** ja nein beantragt \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung** ja nein **Vorsorgevollmacht** ja nein

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

**Lebenserwartung/Prognose:** \_\_\_\_\_

**medizinisches Therapieziel:** \_\_\_\_\_

**Potentielle Gefahren:** O Sturzgefährdung O Fremdgefährdung O Selbstgefährdung

- Aktueller Arztbrief beigelegt**  **Medikamentenblatt beigelegt**  
 **wird nachgereicht**

**Orientierung**

**Grund der Anmeldung**

<input type="checkbox"/>	Vollständig Orientiert	<input type="checkbox"/>	Medizinische Indikation
<input type="checkbox"/>	Zeitweise Desorientiert	<input type="checkbox"/>	Pflegerische Indikation
<input type="checkbox"/>	Hauptsächlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	Soziale Indikation
<input type="checkbox"/>	Nächtliche Desorientiertheit	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen:
<input type="checkbox"/>	Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	

**Sonstiges**

<input type="checkbox"/>	Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	Seh-/Hörbehinderung
<input type="checkbox"/>	nasogastrale Sonde O Ernährung O Entlastung	<input type="checkbox"/>	PEG Sonde O Ernährung O Entlastung
<input type="checkbox"/>	O Port O PICC LINE	<input type="checkbox"/>	PCA Pumpe
<input type="checkbox"/>	Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/>	Allergien
<input type="checkbox"/>	Diabetiker*in O Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	Alkoholabusus
<input type="checkbox"/>	Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	Drainagen
<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Krankheiten
<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	MRSA

Der Hospizwerber stimmt der Weitergabe der Informationen zu

Ort, Datum ..... Unterschrift: .....

Name des Arztes und Kontaktdaten: .....

### **Pflegerrelevantes Assessment:**

Vorsondierung durch:

- Mobiles Palliativteam
- Palliativ-Konsilliardienst
- Palliativstation

### **Derzeitige Versorgung:**

- Ausführende Pflegeperson:  
Pflege-/Familienhospizkarenz:  
24h Betreuung:
- Mobile Dienste:
  
- Sonstige Unterstützung:

### **Eruierung des Pflegeaufwandes**

**Mobilität:**

**Ernährung:**

**Kommunikation:**

**Beschäftigung:**

**Spiritualität:**

**Schlafen:**

**Körperpflege:**

**Wunden:**

**Medikamente/Applikationsformen:**

**Besonderheiten:**