

Assessment stationäres Hospiz

1. Persönliche Kund:innendaten

Persönliche Kund:innendaten

▼ Familienname

▼ Vorname

▼ Geschlecht

männlich

weiblich

divers/inter/offen

keine Angabe

▼ Akademischer Grad/Titel

Geburtsdatum/Sozialversicherung

▼ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

▼ Sozialversicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

▼ Versicherungsträger

Erreichbarkeit

▼ Telefonnummer

▼ E-Mail-Adresse

Hauptwohnsitz

▼ Straße

▼ Hausnr.

▼ Stiege

▼ Stock

▼ Türnr.

▼ PLZ

▼ Ort

Betreuungsadresse

▼ Straße

▼ Hausnr.

▼ Stiege

▼ Stock

▼ Türnr.

▼ PLZ

▼ Ort

Vertrauensperson

▼ Vertrauensperson

▼ Beziehung zur:zum Kundin:Kunden

▼ Telefonnummer

2. Zustandsbeschreibung

Ist-Situation

▼ Ärztliche Diagnose

▼ Unheilbare, lebensverkürzende Erkrankung:

Ja Nein

▼ Behandelnde:r Ärztin:Arzt

▼ Telefonnummer

▼ Körperliche Faktoren z.B. Bewegungseinschränkung, Schmerzen, Verletzungen, Schlafstörungen, ...

▼ Psychische Faktoren z.B. Angst, ...

▼ Soziale Situation z.B. finanzielle Schwierigkeiten, keine Angehörigen, Versorgung von minderjährigen Kindern, ...

▼ Spirituelle Aspekte

Betreuungs- und Behandlungssituation wurden abgeklärt

Betreuung zu Hause mit dem Mobilen Palliativteam nicht mehr möglich

Betreuung in der Langzeitpflege nicht mehr möglich

Therapie der Grunderkrankung ist soweit ausgeschöpft, dass keine Heilung oder Lebensverlängerung in Aussicht ist

Lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr gewünscht

Kurative Behandlung nicht mehr erwünscht

Kurative Behandlung abgeschlossen

Palliativstation nicht erforderlich

Krankenhausaufenthalt nicht erforderlich

▼ Aufnahme erforderlich bis spätestens:

Ausschlusskriterien wurden abgeklärt

Invasive Beatmung **nicht** erforderlich

Häufiger Ortswechsel/Transfer z.B. aufgrund von gewünschten Bestrahlungen ist **nicht** gegeben

3. Erhoben von

Erhoben von

▼ Name

▼ Einrichtung

▼ Datum

▼ Erreichbarkeit