

Dokumentierter Nachweis der Versorgung von Palliativpatienten

Inhaltlich soll die Behandlung/ Betreuung je eines Menschen in einer palliativen Situation dargestellt und diskutiert werden. Es muss sich bei diesen Falldarstellungen nicht um besonders gelungene Behandlungsverläufe handeln. Sie müssen nicht abgeschlossen sein. Umfang: max. 3 DIN A4-Seiten, getippt; alle Angaben anonymisiert.

1. Biographische Daten:

Namenskürzel: _____ Geschlecht: _____ Alter: _____
Familienstand: _____ soziale Situation: _____
Wohnsituation: _____ Pflegestufe: _____

2. Behandlungsort:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Palliativstation | <input type="checkbox"/> Konsil | <input type="checkbox"/> Zuhause | <input type="checkbox"/> Palliativ-Care-Team |
| <input type="checkbox"/> Hospiz | <input type="checkbox"/> Ambulanz | <input type="checkbox"/> Praxis | <input type="checkbox"/> andere Situation |

3. Behandlungszeitraum:

von: _____ bis: _____

Gliederungsvorschlag:

1. Kurze Skizzierung des Behandlungsumfeldes

Rolle und Auftrag des Fallvorstellers, Kooperationen, Einbindung in ein Behandlungs-/ Betreuungsgefüge, Rolle im Behandlungsgefüge, Art der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Personen, Fallbesprechungen/ Konferenzen etc.

2. Zugangswege des Patienten

Persönliche Daten, Art der Kontaktaufnahme/ Zuweisung, Indikation, Spontanangaben des Patienten/ der Angehörigen, Behandlungsauftrag des Patienten etc.

3. Krankheitsanamnese

Diagnose, Beginn der Erkrankung, bisheriger Verlauf, Aufklärung: wann, wie, wer?, Prognoseeinschätzung, bisherige Therapie, Folgeerkrankungen, andere Krankheiten, alternative Therapien, Medikamenteneinnahme: welche, Dosierung?, körperliche Situation: Symptome, Hautbeschwerden, Einschränkungen, Behinderungen, inkl. Schlaf und Konzentration etc.

4. Psyche und Umfeld

Psychische Situation des Patienten, familiäre und berufliche Situation, Alter, Wohnsituation, soziales Netzwerk, Einschätzung der sozialen Einbindung und der Kommunikation, Hoffnungen, Ängste, Krankheitsbewältigung, Ressourcen etc.

5. Behandlungs-/ Betreuungsverlauf

Evtl. auch Behandlungs-/ Betreuungsplan/ Zielsetzung, inkl. Einbindung anderer Behandler/ Betreuer/ Institutionen etc.

6. Kritische Auseinandersetzung mit dem Behandlungs-/ Betreuungsverlauf

Schwierigkeiten, Komplikationen, Angebot adäquat für Patienten/ Angehörige?, Erreichung der Ziele?, Einbindung anderer Behandler/ Betreuer/ Institutionen, Reflexion der eigenen Aktivitäten, der eigenen Rolle, der Rahmenbedingungen etc.