


Überleitungsbogen


in die Spezielle Ambulante Palliativ Versorgung


in ein Krankenhaus

Seite | 1

Name, Vorname:		
geb.		
Anschrift:		
Familienstand:	Nationalität:	Konfession:

Einweiser: (Name, Telefon, Anschrift)	
--	--

Hausarzt : (Name, Telefon, Anschrift)	
--	--

Ansprechpartner / Bezugsperson/Betreuender Personenkreis: (Angehörige, amb. Dienste, Pflegedienst, Medipro usw.) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"></div>
Sind Angehörige / Ansprechpartner vor Ort? Sollen/müssen sie bei Erstgespräch dabei sein? Liegen vor: <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung

Kostenträger/Krankenkasse:	Versicherungsnummer:	Pflegestufe:
----------------------------	----------------------	--------------

Diagnosen:

Überleitungsgrund: SAPV - Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Ist der Patient mit der SAPV Versorgung einverstanden? Liegt eine Verordnung vor? Wo befindet sich diese? Wunsch des SAPV-Teams: Verordnung bitte vorab faxen, dann Original per Post/via Patient an das Palliativnetz.
--

Medikation: **Medikamentenplan anbei** (bitte faxen!)
(Basis-, Bedarfs- und Notfallmedikation)

Bitte zur Ersteinschätzung Arztbriefe mitfaxen!

Symptome/Problem/Beschwerden

Luftnot	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Schmerzen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Übelkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Verstopfung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Schwäche	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Wunden / Dekubitus	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Desorientierung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Aktivität Tägl. Leben vermindert	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Allergien	<input type="checkbox"/> keine				

Welche Symptome sind akut? Situation gespannt/relativ/entspannt?

Bemerkungen:

(Allgemeinzustand, mobil, rollstuhlpflichtig, bettlägerig, Hilfsmittel -notwendig? -vorliegend?)

Situation/Pflegebesonderheiten/Zugänge/Drainagen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Defibrillator + ausweis | <input type="checkbox"/> O ² Gerät |
| <input type="checkbox"/> Anus praeter | <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe | |
| <input type="checkbox"/> Nephrostoma | <input type="checkbox"/> Periduralkatheter | |
| <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Trachealkanüle | <input type="checkbox"/> ZVK | _____ |
| <input type="checkbox"/> Magensonde | | _____ |

Datum

Unterschrift / Stempel