

# Patientendokumentation (1)

## Praxisrelevante Angaben

	Betreuung vom <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> bis zum <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
--	--

## Situation bei Aufnahme

Initialen Patient <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	<b>Soziale Verhältnisse</b> <input type="radio"/> alleinstehend <input type="radio"/> verheiratet, Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> mit sonst. Angehörigen lebend <input type="radio"/> Senioren-/Pflegeheim <input type="radio"/> sonstiges
Geburtsdatum Patient <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Betriebsnummer Krankenkasse <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

## Diagnosen

Hauptdiagnose ICD <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	relevante Nebendiagnosen <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
--	--

	Datum des ersten Kontakts <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Begründung des Abschlusses der Behandlung ★</b> <input type="radio"/> Tod des Patienten <input type="radio"/> Änderung des Wohnorts des Patienten <input type="radio"/> Wechsel des Arztes <input type="radio"/> unbekannt	<b>Sterbedatum</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	Datum des letzten Kontakts <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<b>Sterbeort</b> <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> (eigene) Wohnung <input type="radio"/> Senioren-/Pflegeheim <input type="radio"/> stationäres Hospiz <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> andere Krkhs.-Station <input type="radio"/> unbekannt

## Letzte Einweisung / Verlegung vor dem Tod des Patienten (ausfüllen, wenn der Sterbeort nicht der Versorgungsort zu Beginn der SAPV ist)

<b>Datum der Einweisung / Verlegung ins Krankenhaus / Heim / stationäre Hospiz:</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<b>Wer hat die Einweisung veranlasst?</b> <input type="radio"/> Patient / Angehörige <input type="radio"/> Onkologe <input type="radio"/> SAPV Arzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Notarzt <input type="radio"/> unbekannt	<b>Was war(en) die Ursache(n)? ★</b> <input type="radio"/> medizinische Notfallsituation <input type="radio"/> sonstige medizinische Indikation <input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (häusliche) Pflege nicht gesichert <input type="radio"/> diagnostische Abklärung <input type="radio"/> unbekannt
<b>Tageszeit</b> <input type="radio"/> zwischen 6 und 18 Uhr <input type="radio"/> übrige Zeit		

## Patientendokumentation (2)

### Ausprägung von Symptomen

### andere Probleme

alles Zutreffende nach Schweregrad ausfüllen (Schweregrad: 0-ohne/kein, 1-gering, 2-mittel, 3-stark)

<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Harnverhalt	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> familiäre Probleme
<input type="checkbox"/> Schwäche	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> (Lymph-)Ödem	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> soziale Probleme.
<input type="checkbox"/> (Tumor-)Blutung	<input type="checkbox"/> Ascites	<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit, agitiert	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit, nicht agitiert	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> exulcerierende Wunden	<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/>

### Sypmtomatische Therapie

Schmerztherapie	Opioidtherapie ★	sonstige Palliativmaßnahmen ★																																																																							
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> WHO Stufe I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> WHO Stufe II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> WHO Stufe III <input type="checkbox"/>	<b>Substanz(en) ★</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Basis</th> <th>Durchbruch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Morphin</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hydromorphon</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fentanyl</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oxycodon</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Buprenorphin</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> andere</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Basis	Durchbruch	<input type="checkbox"/> Morphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hydromorphon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oxycodon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PEG / transnasale Sonde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zentraler venöser Zugang <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> enterale Ernährung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i.v. Flüssigkeitssubstitution <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> s.c. Flüssigkeitssubstitution <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ascitespunktion(en) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pleurapunktion(en) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> palliative Chirurgie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> palliative Radiatio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> palliative Chemotherapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> palliative endoskop. Eingriffe <input type="checkbox"/>																																																		
	Basis	Durchbruch																																																																							
<input type="checkbox"/> Morphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Hydromorphon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Oxycodon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<b>Koanalgetika / Begleitmedikation ★</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Koanalg.</th> <th>Begleitm.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Nichtopioide</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cannabinoide</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Antiemetika</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Antidepressiva</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Antikonvulsiva</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kortikosteroide</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Laxanzien</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Neuroleptika</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sedativa / Hypnotika</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Spasmolytika</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ketamin</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Koanalg.	Begleitm.	<input type="checkbox"/> Nichtopioide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cannabinoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antikonvulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kortikosteroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laxanzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sedativa / Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Spasmolytika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Applikationsform(en) ★</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Basis</th> <th>Durchbruch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> oral / PEG</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> nasal/buccal</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> transdermal</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> s.c. Gabe</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> i.v. Dauerinfusion</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> peridural</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Basis	Durchbruch	<input type="checkbox"/> oral / PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nasal/buccal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> transdermal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s.c. Gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> i.v. Dauerinfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> peridural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Beteiligte Personen / Dienste</b> <table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Physiotherapie</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sozialarbeiter</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Psychologen / -therapeuten</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ehrenamtliche</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Apotheke</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> nichtspezialisierter Pflegedienst</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> SAPV</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Psychologen / -therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nichtspezialisierter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SAPV	<input type="checkbox"/>
	Koanalg.	Begleitm.																																																																							
<input type="checkbox"/> Nichtopioide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Cannabinoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Antikonvulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Kortikosteroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Laxanzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Sedativa / Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Spasmolytika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
	Basis	Durchbruch																																																																							
<input type="checkbox"/> oral / PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> nasal/buccal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> transdermal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> s.c. Gabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> i.v. Dauerinfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> peridural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/>																																																																								
<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/>																																																																								
<input type="checkbox"/> Psychologen / -therapeuten	<input type="checkbox"/>																																																																								
<input type="checkbox"/> Ehrenamtliche	<input type="checkbox"/>																																																																								
<input type="checkbox"/> Apotheke	<input type="checkbox"/>																																																																								
<input type="checkbox"/> nichtspezialisierter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>																																																																								
<input type="checkbox"/> SAPV	<input type="checkbox"/>																																																																								

### Zentrale Probleme in der Betreuung max.3★ pro Spalte

<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Krankheitsverarbeitung Patient	<input type="checkbox"/> psychische Belastung des Arztes
<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Compliance Patient	<input type="checkbox"/> zeitliche Belastung des Arztes
<input type="checkbox"/> Symptomkontrolle gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Kommunikation Arzt / Patient / Angehörige	<input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit Klinik / Hausarzt
<input type="checkbox"/> Symptomkontrolle pulmonal	<input type="checkbox"/> Belastung der Angehörigen	<input type="checkbox"/> soziales Umfeld des Patienten
<input type="checkbox"/> Symptomkontrolle neurologisch	<input type="checkbox"/> Aufklärung / Wahrheit am Krankenbett	<input type="checkbox"/> Arbeit des Pflegedienstes
<input type="checkbox"/> Symptomkontrolle psychiatrisch	<input type="checkbox"/> Fragen des Therapieverzichts	<input type="checkbox"/> Organisation von Pflegehilfsmitteln
<input type="checkbox"/> Symptomkontrolle dermatologisch	<input type="checkbox"/> Wunsch nach Sterbehilfe	<input type="checkbox"/> Kostenübernahme durch Krankenkassen

★ = (alles Zutreffende ankreuzen)

### Versorgungsziffern im Quartal

Zahl der Telefonate <input type="text"/>	Zahl der Hausbesuche <input type="text"/>
Zahl der Praxisbesuche <input type="text"/>	Temporäre Krankenhauseinweisungen <input type="text"/>