

Einweisung in das Hospiz St. Lazarus für:

(bitte gut lesbar in Blockschrift ausfüllen)

Name:	Vorname:	Geburtsdatum
-------	----------	--------------

Anschrift:	Telefonnummer
------------	---------------

Kontaktperson aus der Familie/Betreuer	Verwandtschaftsbeziehung
--	--------------------------

Anschrift:	Telefonnummer
------------	---------------

Ich bin mit der vollstationären Hospizpflege einverstanden:

Datum und lesbare Unterschrift des Patienten
(bei nicht entscheidungsfähigem Patienten Unterschrift des Betreuers)

Einweisender Arzt:	Telefonnummer:
Name:	Faxnummer:
Vorname:	E-mail:
Anschrift:	Unterschrift:

Genauere Angaben zum aktuellen klinischen Zustand:

Diagnose, die die Lebenserwartung am stärksten einschränkt:

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

Anzahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund dieser Diagnose in den letzten 6 Monaten:

Bei krebskranken Patienten:	
Wurden Metastasen festgestellt? In welchen Organen?	Besteht Verdacht auf Metastasen? In welchen Organen?
Der Patient wurde in eine onkologische Behandlung aufgenommen oder: Patient ist austerapiert, palliativmedizinische Versorgung ist indiziert	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Weitere relevante Diagnosen:

Krankheitsverlauf in den letzten Monaten:
--

Aktuelle Beschwerden trotz laufender Therapie:	Kachexie <input type="checkbox"/>	Ruhedyspnoe <input type="checkbox"/>
ausgeprägte Schmerzsymptomatik <input type="checkbox"/>	Urininkontinenz <input type="checkbox"/>	ausgeprägte Exsikkosezeichen <input type="checkbox"/>
starkes Erbrechen <input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/>	Dysphagie <input type="checkbox"/>
akute Verwirrtheit <input type="checkbox"/>	ausgeprägte Ödeme <input type="checkbox"/>	fortgeschrittene Demenz <input type="checkbox"/>

Der klinische Zustand verschlechtert sich tageweise wochenweise monatsweise jahresweise

Sind die Ursachen der aktuellen Zustandsverschlechterung reversibel? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bemerkungen
---	-------------

Leistungsfähigkeit nach Palliative Performance Scale	40% größtenteils auf fremde Hilfe angewiesen, bettlägerig
80% Aktivitäten des alltäglichen Lebens mit Anstrengung	30% völlig auf fremde Hilfe angewiesen, Nahrungsaufnahme reduziert
60% gelegentlich wird fremde Hilfe benötigt	20% kann nur geringe Mengen trinken
50% teilweise fremder Hilfe bedürftig, nicht dauernd bettlägerig	10% nur Mundbefeuchtung möglich (bitte ankreuzen)

Bei Patienten ohne Tumordiagnose bitte aktuelle Laborbefunde eintragen und Dekubitusstatus beurteilen:

Leukozyten <input type="checkbox"/>	Kreatinin <input type="checkbox"/>	Albumin i.S. <input type="checkbox"/>	Anzahl der Dekubitus <input type="checkbox"/>	davon infiziert <input type="checkbox"/>
Hämoglobin <input type="checkbox"/>	Harnstoff i.S. <input type="checkbox"/>	Prothrombin <input type="checkbox"/>	Bei Mehrfachangaben höchster Grad (1-4) <input type="checkbox"/>	

Aktuelle Medikation (bitte Wirkstoff angeben) inklusive Dosierung und Applikationsform
--

Besteht für den Patienten eine Versicherung, die die Pflegekosten übernimmt? ja nein