

Erstverordnung

Folgeverordnung: SAPV seit:

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Adresse:

**Ambulante Versorgung durch:**

Hausarzt  Palliativarzt  Pflegedienst  Private Pflegeperson  Amb. Hospizdienst

**Palliativrelevante Diagnosen im Klartext mit Erstdiagnose und jetzigem Stadium:**

**Metastasen mit Lokalisation und funktionellen Einschränkungen:**

**Begleiterkrankungen:**

<b>Bisherige Therapien:</b>	operativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:
	Chemo	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:
	Radiatio	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:

**Letzte KH-Behandlung:** wann:  
wo:

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

**Ausgeprägte Symptomkontrolle, welche?**

**Aktuelle Medikation**  oral  i.v.  i.m.  s.c.  Infusion  PCA-Pumpe  
 Inhalation

**und Dosierung**

fest:

bei Bedarf:

**Andere erforderliche Behandlungen:**

KG  Lymphdrainage  Chemotherapie  Radiatio  Atemtherapie

**Erforderliche besondere palliativpflegerische Maßnahmen:**

Port  ZVK  PEG-Magensonde  Sauerstoffgabe  DK/Zystofix  Urostoma  
 Anus praeter  Tracheostoma  Lagerung  Ablaufsonde  
 Wundbehandlung mit Beschreibung:

**Psychosoziale Betreuung:**

Familie/soziales Umfeld:

Patientenverfügung:  ja  nein

Datum:

Name/Unterschrift  
des SAPV-Teams:

Name/Unterschrift  
des SAPV-Palliativarztes: