

Anfrage an den Dienst für Palliativbetreuung

An den Dienst für Palliativbetreuung: _____

Der/die Unterfertigte: _____

Dienstsitz: _____ Tel.-Nr. _____

übermittelt **Herrn/Frau** _____
(Nachname und Name):

geboren am: _____ wohnhaft in: _____

Adresse: _____ Nr. _____

Bezugsperson: _____ Tel.-Nr. _____
(Nachname und Name) (Art der Beziehung)

Diagnose: _____

Spezialistische Einschätzung: _____

Vorliegen von Symptomen: ja nein

Beschreibung: _____

Behandlungsmöglichkeiten, die das Fortschreiten der Erkrankung beeinflussen können:

ja nein welche: _____

Punktezahl Palliative Performance Scale (siehe Rückseite): _____

Pharmakologische Behandlung: _____

Patient/in ist informiert über die Diagnose: ja nein über die Prognose: ja nein

Bezugsperson ist informiert über die Diagnose: ja nein über die Prognose: ja nein

Patient/in ist über die Anfrage zur Palliativeinschätzung informiert: ja nein

Beobachtungen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Funktionale Skala zur allgemeinen und prognostischen Beurteilung der Patienten (vereinfachte Palliative Performance Scale)

%	Gehen	Aktivitätsniveau / Offensichtlichkeit der Erkrankung	Selbst- fürsorge	Zufuhr von Flüssigkeit und/oder Nahrung	Bewusstseins- lage
100	normal	Normal / keine offensichtliche Erkrankung	vollkommen selbstständig	normal	normal
90	normal	Normal / einige Einschränkungen aufgrund der Erkrankung	vollkommen selbstständig	normal	normal
80	normal	normal unter Anstrengung / einige Einschränkungen aufgrund der Erkrankung	vollkommen selbstständig	normal oder eingeschränkt	normal
70	eingeschränkt	Kann keiner Tätigkeit oder Arbeit nachgehen / einige Einschränkungen aufgrund der Erkrankung	vollkommen selbstständig	wie oben	normal
60	eingeschränkt	Kann keine Hobbies oder Hausarbeiten ausführen / bedeutsame Erkrankung	Gelegentliche Übernahme angefragte Versorgung	wie oben	normal oder verwirrt
50	vorwiegend sitzend oder liegend	Kann keine Arbeit ausführen / ausgedehnte Erkrankung	erhebliche Übernahme angefragte Versorgung	wie oben	normal oder verwirrt
40	vorwiegend im Bett	wie oben	vorwiegende Übernahme	wie oben	normal oder somnolent oder verwirrt
30	bettlägerig	wie oben	vollständige Übernahme	eingeschränkt	wie oben
20	bettlägerig	wie oben	wie oben	minimal	wie oben
10	bettlägerig	wie oben	wie oben	nur Mundpflege	somnolent oder in Koma
0	tot	/	/	/	/