

Screeningtool:

Identifikation palliativer Bedarfe bei Menschen mit komplexer Behinderung

Stempel Ihrer
Organisation/
Einrichtung

1

Allgemeine Informationen

Name, Vorname:	
Geburtstag:	
Behinderung:	
Angehörige*r/ 1. Bezugsperson:	
Gesetzliche*r Betreuer*in:	
Behandelnde*r Ärzt*in:	
Erfassungsdatum:	
Person, die screent:	

2

Lebenseinschränkende Erkrankung und ggf. andere chronische Erkrankungen?

- Tumorerkrankung Neurologische Erkrankung | Herz-Kreislauf-Erkrankung |
 chronische Atemwegserkrankung | andere:

Surprise Question: Wäre ich überrascht, wenn die/ der Betroffene innerhalb der nächsten 12 Monate verstirbt?

- Nein - weitere Handlung erforderlich ja - keine weitere Handlung erforderlich

War der/die Patient*in mehr als dreimal in den letzten 6 Monaten im Krankenhaus?

- ja – weitere Handlung erforderlich Nein -keine weitere Handlung erforderlich

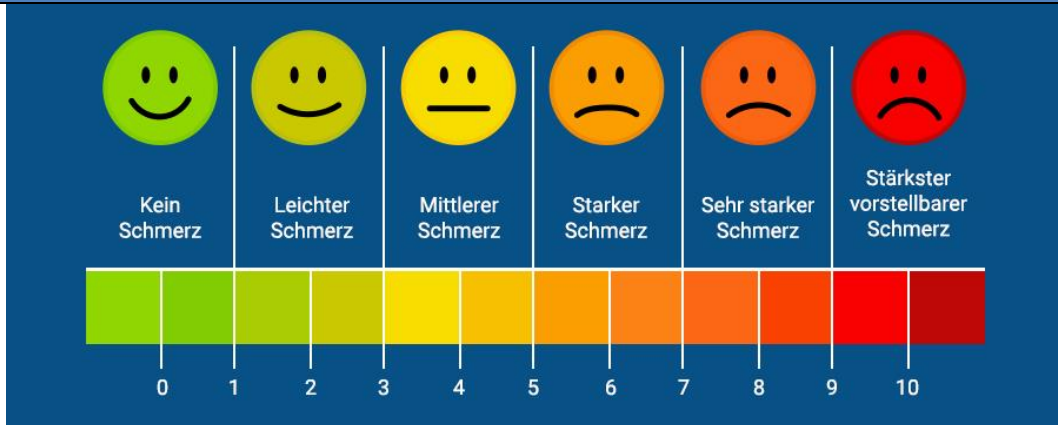
3

Bei Handlungsbedarf:

A) Symptombeschreibung

Nachtschweiß?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gewichtsabnahme?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
zunehmende Luftnot?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Übelkeit? Erbrechen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Andauernde Appetitlosigkeit?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unruhe? Angst?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schwäche? /Müdigkeit?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gefühl der Belastung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

B) Schmerzskala: zutreffendes bitte ankreuzen.



C) Kontakt zu:

Palliativbeauftragten:

Entscheidung Palliativbehandlung durch behandelnde Ärztin/ behandelnden Arzt:

Weitere Anmerkungen:

A large, empty light blue rectangular area provided for additional notes or comments.