

<b>Name:</b> <b>Vorname:</b> <b>Straße:</b> <b>Wohnort:</b> <b>Tel.:</b> <b>Handy:</b>  <b>Bevollmächtigte Personen /</b> <b>Gesetzl. Betreuer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name: Bezug: Telefonnummer:	<b>1 SAPV-Fall-Nr.:</b>	
	<b>2. Geburtsdat.</b>	
	<b>3. Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	<b>4. Nationalität:</b>	
		Dolmetscher benötigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>5. Konfession:</b>	
	<b>6. Erstverordnung</b>	Datum bis:      Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV
<b>7. Folgeverordnung</b>	Datum bis:      Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV	
<b>8b Tumorausbreitung / Metastasen</b>		
<input type="checkbox"/> Hirn <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Knochen <input type="checkbox"/> Sonstige:		
<b>8a Diagnosen / Probleme: wenn keine ICD bitte Text eintragen</b>		
<b>Hauptdiagnose- ICD-10</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> internistische Erkrankung
		<input type="checkbox"/> neurologische Erkrankung
<b>Nebendiagnose-ICD-10</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung
<b>9. Absprachen/Vorlagen</b>		
<input type="checkbox"/> Notfallplan: _____ <input type="checkbox"/> Patientenverfügung: _____ <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: _____ <input type="checkbox"/> Betreuung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges (Bitte ausformulieren): _____	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Palliativarzt (QPA) <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> ambulantes Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativberatung(AHPB) <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte angeben) _____	
<b>10. Behandlungsort</b>		
<b>Aktuell / geplant</b>		
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> allein - Hausnotruf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt: <input type="checkbox"/> mit versorgenden Angehörigen  <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> stationäres Hospiz, angemeldet am: _____ <input type="checkbox"/> Krankenhaus - Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus - Allgemeinstation <input type="checkbox"/> Sonstiger: _____		
<b>12. Pflegestufe</b>		
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III <input type="checkbox"/> Stufe III +		
<input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> Widerspruch eingelegt am: <input type="checkbox"/> Widerspruch abgelehnt am:		
<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt am: <input type="checkbox"/> MDK – Termin am:		
<b>13. Schwerbehindertenausweis:</b>		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grad der Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Verschlimmerungsantrag gestellt am: _____		
<b>14. Sonstiges</b>		
Zuzahlungsbefreiung beantragt <input type="checkbox"/> ja, am _____ (Datum) <input type="checkbox"/> genehmigt _____ (Jahr)		

<b>Patient: Krankenversicherung</b>		
Krankenkasse:		Versicherten-Nr.:
<input type="checkbox"/> selbstversichert		Familierversichert über:
Ansprechpartner Krankenkasse:		Name Vorname des Mitglieds:
Tel.:		Zuständige Geschäftsstelle:
<b>Patient: gesetzl. Vertreter / sorgeberechtigte Personen</b>		<input type="checkbox"/> keine
Name u. Geburtsname:		Vorname:
Straße		Bezug zum Patient:
PLZ, Wohnort	Tel.:	Handy:
Bemerkungen:		
Name u. Geburtsname:		Vorname:
Straße:		Bezug zum Patient:
PLZ, Wohnort:	Tel.:	Handy:
Bemerkungen:		
<b>Angehöriger: zeichnungsberechtigt / bevollmächtigt</b>		<input type="checkbox"/> keine
Name:	Vorname:	Bezug zum Pat.:
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:		Handy:
Name	Vorname:	Bezug zum Pat.:
Straße	PLZ:	Ort:
Telefon		Handy:
Bemerkungen:		
<b>Angehörige: informationsberechtigt</b>		<input type="checkbox"/> keine
Name:	Vorname	Bezug zum Pat.:
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:		Handy:
Bemerkungen:		

SAPV - Team		
SAPV-Team in:		<b>Telefon:</b>
Straße:		
Kontaktperson ( Arzt / Ärztin )		Telefon: Handy:
<hr/>		
Kontaktperson ( Pflege )		Telefon: Handy:
<hr/>		
Kontaktperson (Sozialarbeit )		Telefon: Handy
Hausärztliche / Fachärztliche Versorgung Regelversorgung		
Name Praxis		Ansprechpartner
Straße	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Bemerkungen (bitte angeben, ob Haus- oder Facharzt über eine palliativmed. Weiterbildung verfügt):		
<hr/>		
Name		Ansprechpartner
Straße	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Bemerkungen		
betreuender Pflegedienst ( HKP )		<input type="checkbox"/> <b>kein</b>
<hr/>		
Name Dienst		Ansprechpartner
Straße	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Bemerkungen (bitte angeben, ob Haus- oder Facharzt über eine palliativmed. Weiterbildung verfügt):		
Hospiz		<input type="checkbox"/> <b>kein</b>
<hr/>		
Name		
Straße	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Bemerkungen		
Krankenhaus		<input type="checkbox"/> <b>kein</b>
<hr/>		
Name	PLZ	Ort
Telefon		
<hr/>		
Name	PLZ	Ort
Telefon		
Bemerkungen		



## 15. aktuelle Versorgungssituation Medizin und Pflege

<input type="checkbox"/> <b>Shunt</b> _____ <input type="checkbox"/> Shuntversorgung _____ <input type="checkbox"/> <b>Port</b> _____ <input type="checkbox"/> Portnadel _____ <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung _____ <input type="checkbox"/> Portversorgung _____ <input type="checkbox"/> <b>PEG</b> _____ <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung _____ <input type="checkbox"/> PEG Versorgung _____ <input type="checkbox"/> <b>AP</b> _____ <input type="checkbox"/> AP Versorgung _____  <input type="checkbox"/> <b>Darmspülung, therapeutische Abführmaßnahmen</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Urostoma</b> _____ <input type="checkbox"/> Urostomaversorgung _____ <input type="checkbox"/> <b>Strahlentherapie</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Chemotherapie</b> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opiode der WHO Stufe III <input type="checkbox"/> Steroide <input type="checkbox"/> <b>Wundversorgung</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Lagerungsbehandlung (z.B. Spezialbett)</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Delegationsvereinbarung</b> _____  	<input type="checkbox"/> <b>Tracheostoma</b> _____ <input type="checkbox"/> Tracheostomaversorgung _____ <input type="checkbox"/> <b>Absaugen</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Beatmen</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Sauerstoffgabe</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Inhalation</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Injektionen / Infusionen / Schmerzpumpe</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Transfusion (EK/TK)</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Ascitespunktion</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Pleuraerguss</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Pleurapunktion</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Transurethraler Blasenkatheter, letzter Wechsel:</b> _____  CH: _____ <input type="checkbox"/> <b>Grundpflege</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Behandlungspflege</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>hauswirtschaftliche Versorgung</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b> _____ 
---	---

## 16. Physikalische und andere Therapien

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik / Physiotherapie _____ <input type="checkbox"/> Lymphdrainage _____ <input type="checkbox"/> Ergotherapie _____ <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren _____ 	<input type="checkbox"/> Logopädie _____ <input type="checkbox"/> Psychologische Betreuung _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ 
--	---

## 17. Hilfsmittel

	Leihgabe von	Eigentum	Beantragt am:		Leihgabe von	Eigentum	Beantragt am
<input type="checkbox"/> Rollstuhl				<input type="checkbox"/> Duschhocker			
<input type="checkbox"/> Gehwagen/Rollator				<input type="checkbox"/> Absauggerät			
<input type="checkbox"/> Pflegebett				<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator			
<input type="checkbox"/> elektr. verstellbarer Einlegerahmen							
<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe				<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl			
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät				<input type="checkbox"/> Toilettensitz-erhöhung			
<input type="checkbox"/> Infusionspumpe				<input type="checkbox"/> Badewannenlifter			
<input type="checkbox"/> PCA Pumpe				<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze			
<input type="checkbox"/> Gehhilfe/Gehstock				<input type="checkbox"/> Sonstiges			

## 18. Symptomklassifikation

Einschätzung unter Anwendung der vereinbarten Legende

	kein	leicht	mittel	stark	Nicht beurteilbar	Kommentar
<b>Gastrointestinale Symptome</b>						
Appetitmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mucositis	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erbrechen	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obstipation	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrhoe	WHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kachexie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein			
<b>Urogenitale Symptome</b>						
Harnverhalt	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hämaturie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Pyurie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Renale Ödeme	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Renale Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Oligurie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Polyurie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Anurie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
<b>Neurologische Symptome</b>						
Schwierigkeiten bei Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spastik	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Kontraktur	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Myoklonien	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Kribbeln, Taubheit: Hände/Füße	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fokal	<input type="checkbox"/> generalisiert		
Unruhe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Somnolenz	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	

	kein	leicht	mittel	stark	Nicht beurteilbar	Kommentar
Verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verständlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soziale Interaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemlösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gedächtnis/Lernfähigkeit/ Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desorientiertheit						
■ Zur Person	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
■ Zum Ort	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
■ Zur Zeit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
■ Zur Situation	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
<b>Emotionale Symptome</b>						
Angst	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Konzentrationschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Besorgtheit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Anspannung, Aufregung, Nervosität, Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Traurigkeit, Antriebsarmut	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Depressivität	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
<b>Respiratorische / Kardiale Symptome</b>						
Dyspnoe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Apnoe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Zyanose	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Husten	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hypersekretion/-salivitation	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Rasseln	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hämaptoe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Tachycardie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Bradycardie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Arrhythmie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Nykturie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Ödeme	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
<b>Hautaffektion</b>						
Juckreiz	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Schwitzen	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Ekzeme	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
Wunden	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	
■ Lokalisation	_____					
■ Größe	_____					
■ Wundphase	_____					

					Kommentar	
Dekubitus ( nach Seiler )	0	1	2	3	4	
<input type="checkbox"/> Lokalisation	<input type="checkbox"/> Ferse		<input type="checkbox"/> sacral			
	<input type="checkbox"/> Ellenbogen		<input type="checkbox"/> Sonstige: _____			
<input type="checkbox"/> Größe	_____					
<input type="checkbox"/> Wundphase	_____					
Hautbild allgemein:						
<input type="checkbox"/> ikterisch	<input type="checkbox"/> Radiodermatitis					
<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____					
Schleimhäute:						
<input type="checkbox"/> Mund _____	<input type="checkbox"/> Darmschleimhaut _____					
<input type="checkbox"/> Rachen _____						
<input type="checkbox"/> Sonstige _____						

				Nicht beurteilbar	Kommentar
<b>Körpertemperatur</b>					
Fieber	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
<b>Allgemeinbefinden</b>					
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörung	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
Schwäche	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
<b>Hämatopoetisches System der Blutgefäße</b>					
Manifeste Blutungen	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
Hämatome	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
Petechien	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
Blässe	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
<b>Schmerzsymptome</b>					
Visuelle Analogskala					
Lokalisation:	_____				
Besonderheiten:	_____				
<b>Probleme mit der Organisation der Versorgung</b>					
	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
<b>Überforderung der Familie/des Umfeldes</b>					
	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
<b>Sonstiges:</b>	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	



19. ECOG Leistungsstatus		KARNOFSKY Index	
<input type="checkbox"/> 0	Normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung	<input type="checkbox"/> 100	Normalzustand, keine Beschwerden keine manifeste Erkrankung
<input type="checkbox"/> 1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit möglich	<input type="checkbox"/> 90	Minimale Krankheitssymptome
<input type="checkbox"/> 2	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen	<input type="checkbox"/> 80	Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung
<input type="checkbox"/> 3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich, 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden	<input type="checkbox"/> 70	Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich alleine versorgen
<input type="checkbox"/> 4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden	<input type="checkbox"/> 60	Gelegentliche fremde Hilfe
<input type="checkbox"/> 5	Tod	<input type="checkbox"/> 50	Krankenpflegerische und ärztliche Hilfe, nicht dauernd bettlägrig
		<input type="checkbox"/> 40	Bettlägrig, spezielle Pflege erforderlich
		<input type="checkbox"/> 30	Schwer krank, Krankenhauspflege notwendig
		<input type="checkbox"/> 20	Krankenhauspflege und supportive Maßnahmen erforderlich
		<input type="checkbox"/> 10	Moribund, Krankheit schreitet schnell fort
		<input type="checkbox"/> 0	Tod
20. stationäre Behandlung notwendig:		21. Gründe für die Verlegung:	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz <input type="checkbox"/> Heimunterbringung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		<input type="checkbox"/> Verschlechterung AZ <input type="checkbox"/> Verschlechterung EZ <input type="checkbox"/> unzureichende Schmerztherapie <input type="checkbox"/> unzureichende Symptomkontrolle <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> Palliative Chemotherapie		<input type="checkbox"/> Palliative Bestrahlung	
		<input type="checkbox"/> Geplanter Klinikaufenthalt	
		<input type="checkbox"/> geplante Kurzzeitmaßnahme	
22. Weitere Angaben zum Assessment			
Was ist der Grund des Kontaktes, was das Behandlungsziel? (Freitext)			
Besonderer Aufwand mit (Freitext):			
23. Erhebung durchgeführt von:			
<input type="checkbox"/> SAPV-Arzt <input type="checkbox"/> SAPV-Pflegekraft <input type="checkbox"/> SAPV-Psychosozialer Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Name: _____		Dauer des Assessments: _____ Fahrzeit: _____ Anfahrtsweg einfach in km: _____ Zuständiger Koordinator: _____	
24. Weitere Angaben zum Verlauf			
Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden? (Freitext)		Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden? (Freitext)	
Anzahl der Teambesprechungen zur Problemlösung _____			
<b>Therapieende:</b> <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> Verlegung <input type="checkbox"/> Entlassung/Wechsel SAPV Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		<b>Sterbeort</b> <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Alten-Pflegeheim <input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	