

## Stammdatenblatt

Mit Medikamentenplan und Vorbefunden  
bitte an Palliativnetz SIWOL 0271 3720425  
Obligates Ersttelefonat HA/PKD:  
Tel.-Nr. 01522 8529924

Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n):

---

---

Stadium/ggf. Metastasierung:

---

---

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:

---

---

Patient befindet sich zur Zeit  im häuslichen Umfeld  in einem Alten/Pflegeheim

Tel.-Nr. des Patienten/der Angehörigen \_\_\_\_\_

**Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:**

Bereits begonnene Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zu erwartende Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spezielle Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychosoz. Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes