

Eckdaten			
Einrichtung		Bewohner*in-Pseudonym der DAS	
Verweildauer in der Einrichtung	<input type="checkbox"/> < eine Woche <input type="checkbox"/> < ein Monat <input type="checkbox"/> < halbes Jahr <input type="checkbox"/> > halbes Jahr	verstorben am:	
Wurde durch die pflegerische Seite eine palliative Versorgungssituation festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wurde durch die medizinische Seite die palliative Versorgungssituation bestätigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sterbeort	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> in der Einrichtung		
Sterbezeitraum	<input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Frühdienst <input type="checkbox"/> Spätdienst <input type="checkbox"/> Nachtdienst		
Wohngruppe	<input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> 1. OG <input type="checkbox"/> 2.OG <input type="checkbox"/> 3.OG <input type="checkbox"/> 4.OG <input type="checkbox"/> 5. OG <input type="checkbox"/> 6.OG		

Inhalt Thema	ja	nein	Bemerkung
Wenn im KH verstorben: Einweisungsgrund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verdacht auf Fraktur <input type="checkbox"/> Primärversorgung akute/r Wunde/n <input type="checkbox"/> anderer Einweisungsgrund
Wenn in der Einrichtung verstorben: Wurden Reanimationsmaßnahmen eingeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lag eine Patientenverfügung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde das Angebot der Gesundheitlichen Versorgungsplanung unterbreitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde das Angebot wahrgenommen und der autonome Wille/mutmaßliche Wille des/der Bewohner*in ermittelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lag ein Palliativausweis vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde die SAPV oder der PKD miteinbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde der ambulante Hospizdienst angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde das Angebot genutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waren 48h vor dem Tod belastende physische oder psychische Symptome wahrzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Angst/Unruhe <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Geruchsbildung <input type="checkbox"/> andere
Erfolgten spezielle palliative Pflegemaßnahmen gemäß des individuellen Bedarfs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> spezielle Mundpflege <input type="checkbox"/> Aromatherapie <input type="checkbox"/> Lichttherapie <input type="checkbox"/> andere: _____
Wurden Medikamente zur Symptomlinderung für die letzte Lebensphase verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Morphin s. c./nasal/oral/buccal <input type="checkbox"/> Morphin transdermal <input type="checkbox"/> Benzodiazepine (Tavor expidet u. a.) <input type="checkbox"/> Antipyretikum <input type="checkbox"/> andere
Wann wurden die Medikamente vor dem Ableben zuletzt gereicht?			<input type="checkbox"/> wenige Stunden <input type="checkbox"/> > 12h <input type="checkbox"/> > 24h <input type="checkbox"/> ~ 48h
Waren die Symptome nach der Medikamentengabe gelindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde von dem/der Bewohner*in eine Begleitung in der Lebensendphase gewünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Begleitung erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seelsorge und/oder spirituell <input type="checkbox"/> An- und Zugehörige <input type="checkbox"/> Mitarbeitende

Wurden individuelle Rituale einer Abschieds- und Sterbekultur in der Einrichtung umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verlassen durch die Vordertür <input type="checkbox"/> Gedenkminute <input type="checkbox"/> Trauerkranz
---	--------------------------	--------------------------	---

Analyse erfolgt am:	
Name und Unterschrift Pflegedienstleitung:	