

# Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Erhoben durch: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

1. Bewohner*innenwünsche		ja	nein
1.1	Wünsche bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Veränderung von Wünschen aufgrund von Ausnahme- und Krisensituationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	GVP vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, GVP evaluiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, GVP angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Essener Palliativausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, erwünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, darüber informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ärztliche Verordnungen			
2.1	Aktuelle Medikation geprüft, nicht zielführende Medikamente abgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Bedarfsmedikation verordnet und vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Medizinische Interventionen/ Maßnahmen überprüft? (subkutane Flüssigkeitsgabe, Antibiotika, DK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Unangemessene pflegerische Prophylaxen durch den Arzt/die Ärztin abgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Mitbehandlung durch „Allgemeine ambulante Palliativversorgung“/„Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“/„Palliativmedizinischen Konsiliardienst“ geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. An- und Zugehörige/gesetzliche Vertretung/Bevollmächtigte*r			
3.1	Über aktuellen Zustand und Versorgungsverlauf des Bewohners/der Bewohnerin informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Mitwirkungsmöglichkeiten in der Versorgung aufgezeigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Informationsbroschüre zur Palliativsituation angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Möglichkeit zur Übernachtung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Digitale Begleitung bzw. Kontaktmöglichkeiten notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Kontaktinformationen aktuell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Nächtliche Anrufe erwünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Religiöse/spirituelle/psychosoziale Begleitung			
4.1	Seelsorgerische Begleitung gewünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, Seelsorge informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst gewünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, ambulanter Hospizdienst informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Konfessionsorientierte Wünsche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? _____		
4.4	Sonstige Wünsche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? _____		
5. Kommunikation und Information			
5.1	Pflege-/Betreuungsteam über den aktuellen Bewohner*innenzustand informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Pflege-/Betreuungsteam über Bewohner*innenwünsche informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Bei Bedarf: Interdisziplinäre Fallbesprechung mit Arzt/Ärztin, An- und Zugehörigen, Pflege- und Betreuung, ambulantem Hospizdienst und/oder Seelsorge erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pflegerische Interventionen			
6.1	SOD* oder Assessment zur Feststellung palliativen Handlungsbedarfs angelegt und geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Maßnahmenplanung aktualisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Wünsche dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Erhöhter Pflegebedarf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, Höhergraduierungsantrag gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Bei Verwendung der SOD (Symptomorientierte palliative Dokumentation) sollte eine vorherige Absprache der Einrichtung mit dem MDK bzw. WTG-Aufsicht erfolgen.

