

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? Wenn ja, GVP evaluiert? Wenn nein, GVP angeboten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.4	Essener Palliativausweis vorhanden? Wenn nein, erwünscht?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5	Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung vorhanden? Wenn nein, darüber informiert?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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? Wenn ja, Seelsorge informiert?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.2	Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst gewünscht? Wenn ja, ambulanter Hospizdienst informiert?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3	Konfessionsorientierte Wünsche? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Sonstige Wünsche? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? Wenn ja, Höhergraduierungsantrag gestellt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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.

Checkliste bei palliativem Versorgungsbedarf

Name: _____
 Wohnbereich: _____
 Erhoben durch: _____

Geburtsdatum: _____
 Pflegegrad: _____
 Datum: _____

Ausstehende Maßnahmen

Nr.	to do	erledigt	Datum
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

Notizen