

Datum:	XXXX																																																												
Uhrzeit:	XXXX																																																												
Anfrage durch: (Name/Telefon/Funktion)	XXXX																																																												
Patient: (Nachname/Vorname/Geburtsdatum)	XXXX																																																												
Grunderkrankung:	XXXX																																																												
Allgemeinbefinden:	XXXX																																																												
Unbekannt	<div><div><div><div><div></div></div><div>x Unbekannt</div></div><div><div><div></div></div><div>x Nein</div></div><div><div><div></div></div><div>x Ja</div></div></div></div>																																																												
	XXXX																																																												
Soziale Situation:	<div><div><div><div><div></div></div><div>x unbekannt</div></div><div><div><div></div></div><div>x allein lebend</div></div><div><div><div></div></div><div>x Pflegedienst vorhanden</div></div><div><div><div></div></div><div>x mit Partner/Familie lebend</div></div><div><div><div></div></div><div>x keine Unterstützung d. Partner/Familie mgl.</div></div></div></div>																																																												
Aktuelle Probleme (Hauptgrund der Anfrage markieren!)	<table><tr><td></td><td>Kein</td><td>Leicht</td><td>Mittel</td><td>Stark</td><td>HG</td></tr><tr><td>Durchschnittlicher Schmerz</td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Maximaler Schmerz</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Äbelkeit</td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Erbrechen</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Verstopfung</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Luftnot</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Schwäche</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Angst</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Hautprobleme</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr></table>		Kein	Leicht	Mittel	Stark	HG	Durchschnittlicher Schmerz		x	x	x	x	Maximaler Schmerz	x	x	x	x	x	Äbelkeit		x	x	x	x	Erbrechen	x	x	x	x	x	Verstopfung	x	x	x	x	x	Luftnot	x	x	x	x	x	Schwäche	x	x	x	x	x	Angst	x	x	x	x	x	Hautprobleme	x	x	x	x	x
	Kein	Leicht	Mittel	Stark	HG																																																								
Durchschnittlicher Schmerz		x	x	x	x																																																								
Maximaler Schmerz	x	x	x	x	x																																																								
Äbelkeit		x	x	x	x																																																								
Erbrechen	x	x	x	x	x																																																								
Verstopfung	x	x	x	x	x																																																								
Luftnot	x	x	x	x	x																																																								
Schwäche	x	x	x	x	x																																																								
Angst	x	x	x	x	x																																																								
Hautprobleme	x	x	x	x	x																																																								
Relevante Begleiterkrankungen:	<div><div><div><div><div></div></div><div>x Herz/Kreislauf</div></div><div><div><div></div></div><div>x Leber</div></div><div><div><div></div></div><div>x Niere</div></div><div><div><div></div></div><div>x Lunge</div></div><div><div><div></div></div><div>x Neurologisch</div></div><div><div><div></div></div><div>x Psychiatrisch</div></div><div><div><div></div></div><div>x Sonstige</div></div></div></div>																																																												
No Label	XXXX																																																												
Katheter / Sonden	<div><div><div><div><div></div></div><div>x PEG-Sonde</div></div><div><div><div></div></div><div>x Port</div></div><div><div><div></div></div><div>x Pumpe</div></div><div><div><div></div></div><div>x ZVK</div></div><div><div><div></div></div><div>x DK</div></div></div></div>																																																												
Schmerz	XXXX																																																												
Bei Bedarf	XXXX																																																												
Äbelkeit	XXXX																																																												
Bei Bedarf	XXXX																																																												
Weitere Beratug erforderlich und gewünscht	<div><div><div><div><div></div></div><div>x Ja</div></div><div><div><div></div></div><div>x Nein</div></div></div></div>																																																												
Vermittlung an	XXXX																																																												