

<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Widerspruch <input type="checkbox"/> Verlängerungsantrag – Aufnahme am: Krankenkasse:													
Name, Vorname:	Geb.-Datum:												
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium:													
Metastasen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche:													
Begleiterkrankungen:													
Allgemeine Befunde:													
1) AZ:	EZ: Gewicht/Größe: Haut:												
2) Psychische Auffälligkeiten:													
Bisherige Therapien:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">operativ</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 50%;">wann:</td> </tr> <tr> <td>Chemotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td>wann:</td> </tr> <tr> <td>Radiatio</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td>wann:</td> </tr> </table>	operativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:	Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:	Radiatio	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:
operativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:										
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:										
Radiatio	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann:										
I. Derzeitige erforderliche palliative Therapie													
1. Symptomkontrolle: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Übelkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Obstipation</td> <td><input type="checkbox"/> Durchfälle</td> <td><input type="checkbox"/> Schmerzen</td> <td><input type="checkbox"/> Dyspnoe</td> <td><input type="checkbox"/> Erbrechen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Depression</td> <td><input type="checkbox"/> Ängste</td> <td><input type="checkbox"/> Haut</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Durchfälle	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Erbrechen				<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Ängste	<input type="checkbox"/> Haut
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Durchfälle	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Erbrechen								
			<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Ängste	<input type="checkbox"/> Haut								
2. Medikamente: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> Infusion <input type="checkbox"/> Vernebelung <input type="checkbox"/> Inhalation Welche:													
3. Andere Therapie: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiatio <input type="checkbox"/> KG Lymphdrainage <input type="checkbox"/> Atemtherapie													
4. Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> PEG-Magensonde <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe <input type="checkbox"/> BZ/RR-Kontrolle <input type="checkbox"/> DK/Zysto-Fix <input type="checkbox"/> Anus Praeter <input type="checkbox"/> Urostoma <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Wundbehandlung													
II. Psychosoziale Betreuung:													
Familiäre Situation / soziales Umfeld:													
Erforderliche psychosoziale Begleitung:													
Ort, Datum	Name/Unterschrift/Stempel d. Hausarztes oder Krankenhausarztes												