

Name: Datum:

Tel.:Anfordernder:

Diagnose(n):.....

Symptome:

(Hauptbeschwerde unterstreichen, möglichst Ziffer 0-10 zuordnen, dahinter Therapie)

Schmerzen: **Ø....., max.**

Hauptschmerz wo?.....

Schmerzspitzen Ja wie oft / wie stark?

neuropathischer Schmerzteil? Ja

(Brennen/ blitzartig einschießend, Sensibilitätsstörung/ Parästhesie)

Übelkeit

Erbrechen

Obstipation

Luftnot

Schwäche

Angst

Schlafstörungen

Depression

AZ

PEG/ Port/ ZVK/ Pumpe/ DK

Pflegedienst / allein lebend/ erster Ansprechpartner

Checkliste:

Therapie für Hauptprobleme erklärt, aufgeschrieben und angesetzt

Telefonnummer für Rückfragen da gelassen

Recall für Rückruf morgen gespeichert

Strategie für mögliche Notfälle besprochen

weitere Hilfsangebote organisiert?

(Alpha: 60681, FundK 307960, 08003079600, Hospiz 3079018, BGH 302-0, HV Watt 02327/9335555, HV Bo 0234/279797)

Dateiname: FO Anamneseerhebung (05-0)

Ersteller: Dr. M. Thöns

Freigabe: Dr. M. Thöns

Seite: 1 von 1

Erstelldatum: 15.05.09

Freigabedatum: 15.05.09