

# Anamnese Palliative Care

(nach SENS, in Ergänzung zum PBP, quantitative Symptomerfassung mittels ESAS)

Reihenfolge nicht nach SENS. Zugang zum Patienten/zur Patientin einfacher bzw. mehr Offenheit, wenn zuerst das Netzwerk angesprochen wird.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Was können/möchten Sie mir über ihre Krankheit sagen? Krankheitsverlauf?

## Wie geht es Ihnen heute/jetzt?

## Was beschäftigt Sie am meisten?

**Netzwerk/Personen persönlich und professionell**

(siehe Palliativer Betreuungsplan, bitte dort erfassen!)

**Aktuelle Belastung / Belastbarkeit des Umfeldes, Entlastungsmöglichkeiten:**

**Häusliches Umfeld:**

baulich, räumlich, Hilfsmittel

**Finanzielle Situation:**

Krankentaggeld, IV, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung

**Schmerz:**

**Atmung:**

Atemnot, Husten

**Ernährung:**

Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen

Ernährungsberatung, Zusatznahrung, Flüssigkeitszufuhr (Durst, trockene Schleimhäute), PEG, Magensonde, parenterale Ernährung

**Ausscheidung:**

Obstipation, Diarrhoe, Urinverhalten, Inkontinenz

**Hautverhältnisse:**

Juckreiz, Wunden, Dekubitus, Mundverhältnisse

**Allgemeinzustand:**

Müdigkeit, Schwäche

**Tag- / Nachtrhythmus:**

Schlafstörungen, Unruhe, Verwirrtheit, Gedankenkreisen

**Psyche:**

Angst, Depression, seelische Schmerzen, Wut, Trauer

**Weitere Probleme:**

z.B. Aszites, epileptischer Anfall, Ödeme, Fieber, Allergien, Unverträglichkeiten

**Spiritualität:**

Glaube, Kirche, Seelsorge, Vorstellung von Sterben/Tod, Kraftquellen, Rituale

## Entscheidungsfindung/Lebensverlängernde Massnahmen

(siehe Palliativer Betreuungsplan, bitte dort erfassen!)

### Ziele/Wünsche/Hoffnungen?

### Was bedeutet für Sie Lebensqualität?

Erfasst von	Name:
	Datum:
	Unterschrift:
Mit Arzt/Ärztin besprochen	ja    nein    Wenn ja, welcher Arzt/Ärztin: