



Assessmentbogen

Datum: _____

Patient: _____

Geb.: _____

aktuelles Gewicht: _____

aktuelle Länge: _____

Unterschrift des Vertreters / der Vertreterin: _____



Patient			
Name:		Geburtsdatum:	
Vorname: Konfession:		Geburtsort:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Nationalität:	
Adresse:		Krankenkasse:	
		Kassennummer:	
		Versichertennummer:	
Besonderheiten:		Versichert über: <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	
		Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	
		<input type="checkbox"/> andere Bezugsperson:	
Vater		Mutter	
Name:	Vorname:	Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Konfession:	Geb.-Datum:	Konfession:
Adresse: <input type="checkbox"/> wie Patient		Adresse: <input type="checkbox"/> wie Patient	
Festnetz:	Mobil:	Festnetz:	Mobil:
E-Mail:		E-Mail:	
Derzeit ausgeübter Beruf:		Derzeit ausgeübter Beruf:	
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit % <input type="checkbox"/> nicht berufstätig		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit % <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____		Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	
Aktuelle Situation			
Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Sprachen: _____			
Wird ein Dolmetscher benötigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Eltern: <input type="checkbox"/> leben zusammen <input type="checkbox"/> sind getrennt/geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> haben nie zusammen gelebt			
Das Kind lebt hauptsächlich: <input type="checkbox"/> bei den leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> bei der leiblichen Mutter <input type="checkbox"/> bei dem leiblichen Vater <input type="checkbox"/> bei der leiblichen Mutter und ihrem Partner <input type="checkbox"/> bei dem leiblichen Vater und seiner Partnerin <input type="checkbox"/> bei Adoptiveltern <input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern <input type="checkbox"/> bei Großeltern oder anderen Verwandten <input type="checkbox"/> in einem Wohnheim			
Geschwister			
Name:	Vorname:	Name:	Vorname:
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Besonderes:		Besonderes:	
Name:	Vorname:	Name:	Vorname:
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Besonderes:		Besonderes:	
Name:	Vorname:	Name:	Vorname:
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Besonderes:		Besonderes:	



Diagnosen und Krankheitsverlauf				
Grunderkrankung:		Erstdiagnose (Monat/Jahr):		
Weitere Erkrankungen:				
Schreitet die Erkrankung fort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Welche leidvollen Symptome des Kindes sollten gelindert werden? (Aus Sicht des Kindes)				
Wobei wünschen Sie sich als Eltern Unterstützung durch das Palliativteam?				
Einweisung/Überweisung/Kontakt durch				
<input type="checkbox"/> Kinderklinik	<input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Kinderarzt	<input type="checkbox"/> Hausarzt	
<input type="checkbox"/> Selbst-/Angehörigeneinweisung		<input type="checkbox"/> Hospiz/Kinderhospiz	<input type="checkbox"/>	
Gab es Gespräche über den aktuellen Zustand und Prognose?				
Wann?__ _ Wer führte mit Ihnen das Gespräch?__ _				
Worüber wurde gesprochen?				
Empfehlungen zum Vorgehen im Notfall vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gültig bis:				
Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> keine				
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> beantragt seit: <input type="checkbox"/> bewilligt bis:	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> beantragt seit: <input type="checkbox"/> bewilligt bis:	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> beantragt seit: <input type="checkbox"/> bewilligt bis:	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> beantragt seit: <input type="checkbox"/> bewilligt bis:	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> beantragt seit: <input type="checkbox"/> bewilligt bis:
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis		Merkzeichen:	Behinderungsgrad:	
Zugänge/Ableitungen				
<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Button	<input type="checkbox"/> PEJ	<input type="checkbox"/> Port/Broviak/ZVK	<input type="checkbox"/> intrathekale Pumpe
<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Shunt/Ommaya	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Schrittmacher
Atmung – pulmologisches Assessment				
Tracheostoma <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja: Beatmung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beatmungsgerät: _____				
Kanüle_____ Ch_____ geblockt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit Cuffdruck_____mmHg oder_____ml Aqua				
Maskenbeatmung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Maskenart _____ Maskenfirma _____				
High flow Therapie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja High flow Gerät: _____				
Cough assist Therapie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Cough assist Gerät: _____				
Letzte Bronchoskopie am: _____ Klinik / Ansprechpartner: _____				
Letzte Beatmungsüberprüfung am: _____ Klinik / Ansprechpartner: _____				
Bitte Beatmungsdokumentation / neuesten Arztbrief zuschicken.				
Gibt es aktuell in der Versorgung diesbezüglich ein pflegerisches oder medizinisches Problem? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				



Allergien, Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, usw.)

--

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind momentan ein?

Medikament	Dosis und Art (Tabletten, Hübe Zäpfchen, Tropfen)	Wie oft pro Tag?	Nach Bedarf?	Warum bzw. wogegen eingenommen?	Über welchen Zeitraum?	Wie wirksam?		
						nicht wirk- sam	wenig wirk- sam	gut wirk- sam

Welche (für die weitere Behandlung wichtigen) Medikamente hat Ihr Kind in der Vergangenheit eingenommen?

Medikament	Dosis und Art (Tabletten, Hübe Zäpfchen, Tropfen)	Wie oft pro Tag?	Nach Bedarf?	Warum bzw. wogegen eingenommen?	Über welchen Zeitraum?	Wie wirksam?		
						nicht wirk- sam	wenig wirk- sam	gut wirk- sam

Komplikationen, Operationen

--

Gab es Besonderheiten bei Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes, die Sie mit der jetzigen Erkrankung in Verbindung bringen?

--

persönliche Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Zahnsperre (lose)	<input type="checkbox"/> Schiene	<input type="checkbox"/> Gaumenplatte
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Prothese	<input type="checkbox"/> Gehstützen	<input type="checkbox"/> Hörgeräte
<input type="checkbox"/> Zahnsperre (fest)	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Sitzschale	<input type="checkbox"/>



Pflegehilfsmittel Leihgabe von der Krankenkasse/Sanitätshaus/Apotheke			
<input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Eigentum <input checked="" type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Lagerungshilfen <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:
<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> PCA-Pumpe <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Infusionspumpe <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Absauggerät <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:
<input type="checkbox"/> Pulsoxymeter <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:
<input type="checkbox"/> Inhalationsgerät <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Lifter (Badewanne) <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Leihgabe von:	<input type="checkbox"/>
Therapien zu Hause <input type="checkbox"/> keine			
<input type="checkbox"/> Frühförderung	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Infusionstherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Kunst/Maltherapie	<input type="checkbox"/> Musiktherapie	<input type="checkbox"/> Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/> psychologische Begleitung
<input type="checkbox"/> Chirurgische Maßnahmen geplant _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung in Schule und Kindergarten/Werkstatt			
<input type="checkbox"/> Regelkindergarten	<input type="checkbox"/> Integrativer Kindergarten	<input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten	<input type="checkbox"/> Regelschule
<input type="checkbox"/> Integrationsklasse	<input type="checkbox"/> Lernbehindertenschule	<input type="checkbox"/> Schule für geistig Behinderte	<input type="checkbox"/> Schule für Körperbehinderte
<input type="checkbox"/> Schule f. körperlich u. geistig Behinderte	<input type="checkbox"/> Hausunterricht	<input type="checkbox"/> Behindertenwerkstatt	<input type="checkbox"/>
Therapien innerhalb der Schule/Kindergarten/Werkstatt <input type="checkbox"/> keine			
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> heilpädagogische Förderung	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Motopädie
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Musiktherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird zur Einrichtung abgeholt und wieder nach Hause gebracht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch	
Begleitung auf dem Weg zu Schule/Kindergarten/Werkstatt erforderlich?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch	
Begleitung in Schule/ Kindergarten/Werkstatt		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch	
Hilfsmittel in der Einrichtung vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:			
Besonderheiten/ Probleme der schulischen Versorgung (Kindergarten, Werkstatt)			
Unterstützung durch			
<input type="checkbox"/> ambulanten Kinderkrankenpflegedienst: ___Stunden in der Woche		<input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Grundpflege	
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Familien unterstützenden Dienst	<input type="checkbox"/> ambulanten Kinderhospizdienst: ___Stunden in der Woche	
<input type="checkbox"/> Andere (z. B. Großeltern, Nachbarn): ___Stunden in der Woche		<input type="checkbox"/> Jugendamt	



Ernährung				
orale Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise				
<input type="checkbox"/> Normalkost	<input type="checkbox"/> Sondenkost	<input type="checkbox"/> passierte Kost	<input type="checkbox"/> Spezialnahrung	<input type="checkbox"/> Parenteral
Handelsname der Nahrung				
Besonderheiten im Trink- und Essverhalten				
Kann Ihr Kind die Urin/Stuhlentleerung kontrollieren?				
Urin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		Stuhl: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		
Welche motorischen Fähigkeiten besitzt Ihr Kind? (z. B. läuft frei)				
Verständigung, Kommunikation				
Kann Ihr Kind sehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		Kann Ihr Kind hören? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		
Kann Ihr Kind sprechen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise				
Wie verständigen Sie sich mit Ihrem Kind?				
Benutzt Ihr Kind Kommunikationshilfen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche?				
Gibt es z. Zt. (psycho)therapeutische Unterstützung (Eltern oder Geschwister)? Durch wen?				
Glaube und Spiritualität				
Hat Ihr Kind / Haben Sie Kontakt zu einer Religionsgemeinschaft (Buddhismus, Christentum, Hinduismus, Islam, Judentum, andere?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche?				
Gibt es für Ihr Kind und/oder Sie (Mutter / Vater / Geschwister) einen Gesprächspartner in Fragen des Glaubens / der Spiritualität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Hat Ihr Kind / Haben Sie Interesse, unabhängig vom Glauben und seiner / Ihrer Religionszugehörigkeit, an der Kontaktaufnahme mit der Klinikseelsorgerin? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?				



Adressenliste kooperierender Einrichtungen		
Krankenkasse	Kinderarzt	Pflegedienst
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Ansprechpartner:		Ansprechpartner:
Tel:	Tel:	Tel:
Fax:	Fax:	Fax:
Klinik	Sanitätshaus	Apotheke
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:	
Tel:	Tel:	Tel:
Fax:	Fax:	Fax:
Kindergarten/Schule/Werkstatt	Physiotherapie	Dolmetscher
Adresse:	<input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> Andere:	Adresse:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:	
Tel:	Tel:	Tel:
Fax:	Fax:	Fax:
Jugendamt	Ambulanter Hospizdienst	Hospiz
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:	Ansprechpartner:
Tel:	Tel:	Tel:
Fax:	Fax:	Fax:
Sonstige	Sonstige	Sonstige