

DOKUMENTATIONSBOGEN PALLIATIVMEDIZINISCHES BASISASSESSMENT (PBA)

(gemäß Onkologie-Vereinbarung,
Anlage 7 zu den BMV-Ä)
Zuschlag nach 86518 „Palliativversorgung“



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) _____

Untersuchungsdatum (TTMMJJJJ) _____

Praxisstempel

Wichtige patientenbezogene Daten

Hat Patient/in einen Betreuer/Bevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt von Patient/in eine Patientenverfügung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat der Patient/in einen Pflegedienst? <i>Name, Telefonnummer.:</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist bei Patient/in eine Pflegestufe festgesetzt? <i>Stufe:</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Patient/in ist versorgt mit:		
Port <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	AP <input type="checkbox"/>
Blasenkatheter <input type="checkbox"/>	Nephrostoma <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>
Aktuelle Medikamente: siehe Einnahmeplan		

Schmerzanamnese und Schmerzbeurteilung

Lokalisation(en):
Schmerzqualität:
Schmerzdauer:
Tageszeitliche Schwankungen:

Gesamtverlauf:

Symptomintensitäten

Schmerzintensität

Schmerzen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gastrointestinale Beschwerden

Appetit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durst	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erbrechen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verstopfung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durchfälle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Psychische Belastung

Unruhe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Angstgefühl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Luftnot	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Erschöpfung

Müdigkeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwäche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sonstige Symptome

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ort, Datum

Unterschrift