

Anamnesebogen Erstkontakt

Kinderpalliativteam

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Am Klinikum 1
07747 Jena

Telefon: 03641 9 329 554

Fax: 03641 9 329 556

E-Mail: kinderpalliativteam@med.uni-jena.de

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Eltern,

um die Versorgung durch das Kinderpalliativteam optimal auf die Bedürfnisse unserer Patienten und deren Familien ausrichten zu können, benötigen wir einige wichtige Informationen zum Krankheitsverlauf, zur aktuellen Versorgungssituation, Medikation, Ernährung, zu vorhandenen Hilfsmitteln und Therapieformen. Für die Zusammenarbeit mit Ihrem Kinder- oder Hausarzt, Pflegedienst und anderen in der Versorgung bereits beteiligten Kooperationspartnern benötigen wir zudem deren Namen und Kontaktdaten.

Hierfür haben wir auf den folgenden Seiten einen Anamnesebogen vorbereitet, der Ihnen ermöglicht, die benötigten Informationen in Vorbereitung auf unseren ersten Hausbesuch in Ruhe zusammenzutragen.

Für die Dokumentation und Speicherung Ihrer Angaben benötigen wir zudem Ihre Zustimmung, die Sie uns mit der beiliegenden Einwilligung erteilen können.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns den ausgefüllten Bogen zusammen mit der Einwilligung in die Speicherung personenbezogener Daten, aktuellen Arzt- und Krankenhausbriefen sowie wichtigen Befunden vorab zurückschicken könnten. Gern können Sie hierfür unseren vorfrankierten Rückumschlag nutzen.

Bitte halten Sie für unseren ersten Hausbesuch das Kinderuntersuchungsheft („gelbes Heft“), den Impfausweis und die Krankenversicherungskarte bereit.

Sollten Sie Fragen zum Anamnesebogen oder zu unserem Hausbesuch haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Kinderpalliativteam Jena

Patientin/Patient

Name:	Geburtsdatum:	
Vorname:	Geburtsort:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Nationalität:	
Größe: Gewicht:	Krankenkasse:	
Adresse:	Kassenummer:	
	Versichertennummer:	
	Versichert über:	<input type="checkbox"/> zuzahlungsbefreit
Besonderheiten (z. B. Anfahrt, Parkmöglichkeiten):	Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	
	<input type="checkbox"/> andere Bezugsperson:	
	Patientin/Patient lebt bei:	

Erkrankungen

Grunderkrankung:	Erstdiagnose (Monat/Jahr):
------------------	----------------------------

Weitere Erkrankungen:

Allergien und Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster u. a.):

Aktuelle Versorgungssituation

Aufenthaltort: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> anderer:	Pflegegrad:	seit:
	Behinderungsgrad:	Merkzeichen:
Vorhandene Zugänge:	Vorhandene Hilfsmittel:	
<input type="checkbox"/> Port seit:	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Therapiestuhl
<input type="checkbox"/> Hickman-Katheter seit:	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Trachealkanüle seit: Größe:	<input type="checkbox"/> Lagerungssystem	<input type="checkbox"/> Lifter
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter seit: Größe:	<input type="checkbox"/> Cough Assist	<input type="checkbox"/> Rüttelweste
<input type="checkbox"/> Magensonde seit: Größe:	<input type="checkbox"/> Inhalationsgerät	<input type="checkbox"/> Sekretabsaugung
Gastrostoma mit	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde seit:	<input type="checkbox"/> Sauerstofftank	<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator
<input type="checkbox"/> PEJ-Sonde seit:	<input type="checkbox"/> Überwachungsgerät	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe
<input type="checkbox"/> Button seit: Größe:	Andere:	
<input type="checkbox"/> Gastrotube seit: Größe:		
Andere: seit:		

Regelmedikation

Name des Medikaments:	Häufigkeit und Dosis (ggf. mit Uhrzeit):	Applikationsart:
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>

Bedarfsmedikation

Name des Medikaments:	Häufigkeit und Dosis (ggf. mit Uhrzeit):	Applikationsart:
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>

Ernährung

Orale Nahrungsaufnahme möglich: ja nein teilweise
 Normalkost Anzahl der Mahlzeiten: Vorlieben:
 passierte Kost Anzahl der Mahlzeiten: Zusammensetzung:
 Sondenkost Anzahl der Mahlzeiten: Handelsname und Menge:
 Spezialnahrung Anzahl der Mahlzeiten: Name:
 Parenterale Ernährung (Ernährungstropf) Volumen und Infusionsdauer:

Therapien und Förderungen	Unterstützungen
---------------------------	-----------------

<input type="checkbox"/> Physiotherapie	Anzahl/Dauer:	<input type="checkbox"/> ambul. Pflegedienst	Stunden/Woche:
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	Anzahl/Dauer:	<input type="checkbox"/> ambul. Hospizdienst	Stunden/Woche:
<input type="checkbox"/> Logopädie	Anzahl/Dauer:	<input type="checkbox"/> psycholog. Begleitung	Stunden/Woche:
<input type="checkbox"/> Frühförderung	Anzahl/Dauer:	<input type="checkbox"/> Familienhilfe	Stunden/Woche:
<input type="checkbox"/> Musiktherapie	Anzahl/Dauer:	<input type="checkbox"/> Andere (z. B. Großeltern, Nachbarn):	
<input type="checkbox"/> Naturheilverfahren	Anzahl/Dauer:		
<input type="checkbox"/> Andere:	Anzahl/Dauer:		

Mutter	Vater
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse: <input type="checkbox"/> wie Patientin/Patient	Adresse: <input type="checkbox"/> wie Patientin/Patient
Festnetztelefon:	Festnetztelefon:
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
Email:	Email:
<input type="checkbox"/> berufstätig als: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="checkbox"/> berufstätig als: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig
Nationalität:	Nationalität:
Konfession:	Konfession:
Erkrankungen:	Erkrankungen:
Weitere Familienmitglieder (z. B. Geschwister, Großeltern u. a.)	
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:
Erkrankungen:	Erkrankungen:
Besonderheiten:	Besonderheiten:
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:
Erkrankungen:	Erkrankungen:
Besonderheiten:	Besonderheiten:

Welche leidvollen Symptome sollen gelindert werden?

Wobei wünschen Sie sich Unterstützung durch das Kinderpalliativteam?

Gab es Gespräche über den aktuellen Zustand und die Prognose der Erkrankung?

Gespräch mit:

am:

Inhalt des Gesprächs:

Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen

vorhanden, gültig bis:

Getroffene Empfehlungen:

Kinder-/Hausarzt	Facharzt/Spezialambulanz
Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
Pflegedienst	Apotheke
Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
Sanitätshaus/Hilfsmittelversorger	Sanitätshaus/Hilfsmittelversorger
Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
Physiotherapie	Ergotherapie
Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
Kindergarten/Schule	Andere
Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:

Einwilligung

Kinderpalliativteam

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Am Klinikum 1
07747 Jena

Telefon: 03641 9 329 554

Fax: 03641 9 329 556

E-Mail: kinderpalliativteam@med.uni-jena.de

Speicherung personenbezogener Daten

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Eltern,

wir sind verpflichtet, bei einer häuslichen interdisziplinären Versorgung eine umfassende Dokumentation vorzunehmen, welche die Qualität der Patientenbetreuung sichern soll. Wir setzen hierfür ein digitales, onlinegestütztes Dokumentationssystem (*palliDOC*) ein, das den beteiligten Fachkräften einen zeitnahen, ortsunabhängigen und sicheren Zugriff auf die Patientendaten erlaubt. Die dadurch erreichte Aktualität der Daten ermöglicht uns, kompetente 24-Stunden-Rufbereitschaften anzubieten und Netzwerke in der Versorgung zu bilden.

Die Sicherheit Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Personenbezogene Daten werden besonders vertraulich behandelt und vor unbefugtem Zugriff geschützt. Die dokumentierten Angaben unterliegen dem Datengeheimnis und der ärztlichen Schweigepflicht. Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten haben nur die im Behandlungszusammenhang stehenden medizinischen Personen. Berechtigungen hierfür können nur unsere eigenen Teamleiter erteilen.

Die erhobenen Daten werden in erster Linie genutzt, um eine bestmögliche Behandlung und Begleitung für Sie bzw. Ihr Kind sicher zu stellen. Um die Versorgung unserer Patienten stetig zu optimieren und die Qualität unserer Arbeit zu sichern, kann es darüber hinaus notwendig sein, personenbezogene Daten im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen statistisch auszuwerten. Sowohl die Weitergabe, als auch die Veröffentlichung dieser Daten erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form. Ihre Daten bleiben vor fremdem Zugriff geschützt.

Der Vertrag des Kinderpalliativteams Jena mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet uns ferner dazu, einmal jährlich die Versorgungsdaten unserer Patienten auszuwerten und diese den Krankenkassen in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen.

Betreiber des Dokumentationssystems *palliDOC* ist die StatConsult Gesellschaft für klinische und Versorgungsforschung mbH, Magdeburg.

palliDOC enthält unter anderem:

- Stammdaten (z. B. Patientennamen, Kontaktdaten)
- Adresslisten kooperierender Einrichtungen (z. B. Krankenkasse, Kinderarzt, Pflegedienst, Physiotherapie, Logopädie und Apotheke)
- Therapiepläne
- Gesprächsnotizen
- Untersuchungsbefunde.

Sie können Auskunft über die gespeicherten Daten verlangen. Zudem haben Sie das Recht, die Einwilligung zur Speicherung der personenbezogenen Daten zu widerrufen oder Daten löschen bzw. anonymisieren zu lassen, soweit gesetzliche Bestimmungen dem nicht entgegenstehen.

Die personenbezogenen Daten werden nach 10 Jahren gelöscht, soweit gesetzliche Vorgaben jetzt und künftig keine längeren Aufbewahrungsfristen vorsehen.

Sollten Sie Fragen hinsichtlich des Datenschutzes und des Dokumentationssystems *palliDOC* haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ort, Datum	Name	Unterschrift
------------	------	--------------

Hiermit willige ich in die Dokumentation und Speicherung personenbezogener Daten mittels des Dokumentationssystems *palliDOC* für die Versorgung von

Name des Patienten	Geburtsdatum
--------------------	--------------

durch das Kinderpalliativteam Jena ein. Ich stimme zudem der Weitergabe anonymisierter personenbezogener Daten für die Auswertung im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen und für die geforderte Datenstatistik der Krankenkassen zu.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum	Name des Patienten	Unterschrift
------------	--------------------	--------------

Ort, Datum	Name der sorgeberechtigten Person	Unterschrift
------------	-----------------------------------	--------------

Ort, Datum	Name der sorgeberechtigten Person	Unterschrift
------------	-----------------------------------	--------------