



**Assessmentbogen** Datum: \_\_\_\_\_

| Patient  |  | Gewicht:   |  | Länge:  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|---|--|
| Name:  |  | Geburtsdatum:  |  |   |  |   |  |
| Vorname:                      Konfession:  |  | Geburtsort:  |  |   |  |   |  |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich  |  | Nationalität:  |  |   |  |   |  |
| Adresse:   |  | Krankenkasse:  |  |   |  |   |  |
|  |  | Kassennummer:  |  |   |  |   |  |
|  |  | <b>Versichertennummer:</b>   |  |   |  |   |  |
| 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<br><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  |  | <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: _____<br><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<br><input type="checkbox"/> bei der leiblichen Mutter und ihrem Partner <input type="checkbox"/> bei dem leiblichen Vater und seiner Partnerin<br><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   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Grunderkrankung:</b>   |  | 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"/> Pflegegrad 2                        | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3        | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4   |
| <input type="checkbox"/> beantragt seit:  | <input type="checkbox"/> beantragt seit:                     | <input type="checkbox"/> beantragt seit:     | <input type="checkbox"/> beantragt seit:  |
| <input type="checkbox"/> bewilligt bis:   | <input type="checkbox"/> bewilligt bis:                      | <input type="checkbox"/> bewilligt bis:      | <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.   |  |  |   |
| <b>Gibt es aktuell in der Versorgung diesbezüglich ein pflegerisches oder medizinisches Problem?</b> <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<br>(Tabletten, Hübe<br>Zäpfchen, Tropfen) | Wie<br>oft<br>pro<br>Tag? | Nach<br>Bedarf? | Warum bzw.<br>wogegen<br>eingenommen? | Über<br>welchen<br>Zeitraum? | Wie wirksam?          |                       |                     |
|------------|---|---------------------------|-----------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
|            |   |                           |                 |                                       |                              | nicht<br>wirk-<br>sam | wenig<br>wirk-<br>sam | gut<br>wirk-<br>sam |
|            |   |                           |                 |                                       |                              |                       |                       |                     |
|            |   |                           |                 |                                       |                              |                       |                       |                     |
|            |   |                           |                 |                                       |                              |                       |                       |                     |
|            |   |                           |                 |                                       |                              |                       |                       |                     |
|            |   |                           |                 |                                       |                              |                       |                       |                     |
|            |   |                           |                 |                                       |                              |                       |                       |                     |
|            |   |                           |                 |                                       |                              |                       |                       |                     |
|            |   |                           |                 |                                       |                              |                       |                       |                     |

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

| Medikament | Dosis und Art<br>(Tabletten, Hübe<br>Zäpfchen, Tropfen) | Wie<br>oft<br>pro<br>Tag? | Nach<br>Bedarf? | Warum bzw.<br>wogegen<br>eingenommen? | Über<br>welchen<br>Zeitraum? | Wie wirksam?          |                       |                     |
|------------|---|---------------------------|-----------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
|            |   |                           |                 |                                       |                              | nicht<br>wirk-<br>sam | wenig<br>wirk-<br>sam | gut<br>wirk-<br>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<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:       | <input type="checkbox"/> Rollstuhl<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:          | <input type="checkbox"/> Rollator<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:               | <input type="checkbox"/> Lagerungshilfen<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von: |
| <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:  | <input type="checkbox"/> PCA-Pumpe<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:          | <input type="checkbox"/> Infusionspumpe<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:         | <input type="checkbox"/> Absauggerät<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:     |
| <input type="checkbox"/> Pulsoxymeter<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:     | <input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:  | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von: | <input type="checkbox"/> Beatmungsgerät<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von:  |
| <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von: | <input type="checkbox"/> Lifter (Badewanne)<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><input type="checkbox"/> Leihgabe von: | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl<br><input type="checkbox"/> Eigentum<br><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   |



|   |   |
|---|---|
| <b>Handelsname der Nahrung</b>  |   |
|   |   |
| <b>Besonderheiten im Trink- und Essverhalten</b>  |   |
|   |   |
| <b>Kann Ihr Kind die Urin/Stuhlentleerung kontrollieren?</b>  |   |
| 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               |
| <b>Welche motorischen Fähigkeiten besitzt Ihr Kind? (z. B. läuft frei)</b>  |   |
|   |   |
| <b>Verständigung, Kommunikation</b>   |   |
| 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?   |   |
| <b>Gibt es z. Zt. (psycho)therapeutische Unterstützung (Eltern oder Geschwister)? Durch wen?</b>  |   |
|   |   |
| <b>Glaube und Spiritualität</b>   |   |
| Hat Ihr Kind / Haben Sie Kontakt zu einer Religionsgemeinschaft (Buddhismus, Christentum, Hinduismus, Islam, Judentum, andere?)<br><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?<br><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 dem Klinikseelsorger?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein           |   |
| <b>Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?</b>  |   |
|   |   |



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