

**Dokumentationshilfe zur strukturierten Entscheidung über den Umfang medizinischer
Betreuung im Krankenhaus für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen**

Situation ohne aktuelle / akute Beeinträchtigung (A bis D im Vorfeld v. Pflegeheim und Hausarzt auszufüllen)

A: Patientenetikett

B: Teammitglieder (Name / Funktion)

Pflege: _____

Hausarzt: _____

Erreichbarkeit (HA): _____

C: Allgemeinzustand (klinische Frailty Skala) = ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

Barthel – Index = _____

Pflegegrad = ① ② ③ ④ ⑤

Kognition: nicht leicht oder mittel stark eingeschränkt

Komorbiditäten (einzelne schwere Komorbiditäten mit deutlicher Einschränkung der Langzeitprognose):

chronisches Organversagen; End-stage Organ-Dysfunktion; generalisierte neurolog. Erkrankung; hämatol.-onkol. Erkrankung; schwere Immunschwäche

Multimorbidität; Kommentar: _____

D: Patientenwille: Patient willens- und entscheidungsfähig: ja nein

Patientenverfügung vorhanden und vorliegend: ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden und vorliegend: ja nein,

Betreuung vorhanden und vorliegend: ja nein

Name und Erreichbarkeit Bevollmächtigten / Betreuers: _____

Situation mit aktuelle / akute Beeinträchtigung (E bis G bei Akutsituation, H-J nur bei Priorisierung ausfüllen)

E: Aktuelle Erkrankung: _____

COVID-19: ja nein ?

F: Aktuelle Symptome: _____

G: Indikation zu	Arzttempfehlung	Patientenwille
(a) Krankenhauseinweisung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar
(b) Intensivmedizin	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar
(c) Beatmung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unklar

H: Priorisierung erforderlich zu

(a) Krankenhauseinweisung ja nein

(b) Intensivmedizin ja nein

(c) Beatmung ja nein

I: Team Priorisierung (Name / Funktion)

Pflege: _____

Hausarzt: _____

2. Arzt: _____

J Re-Evaluation am (Datum / Uhrzeit): _____