



## Dokumentation Therapieabbruch

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

KIS-ID: \_\_\_\_\_

Patientenetikett

### 1. Abbruchgrund:

Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	ja	nein	

### Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. An der Therapie beteiligte Fachabteilungen:

Onkologie	<input type="checkbox"/>	
Palliativmedizin	<input type="checkbox"/>	
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	
Andere		_____

### 3. Palliativmedizinisches Konsil:

Konsil erwünscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsil angemeldet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein

\_\_\_\_\_  
Arzt /Ärztin (NAME)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

AZ LKZ Datei: FB 016 Dokumentation Therapieabbruch.docx	Erstellt: B. Eul am 01.06.2022 Datum/Unterschrift	Geprüft: LKZ-Leitungsgremium 08.06.2022 Datum/Unterschrift	Freigegeben ab: Prof. Dr. Dr. F. Grimminger 09.06.2022 Datum/Unterschrift
--	--	---	--