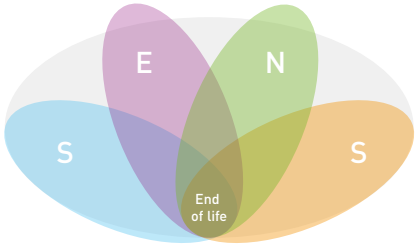

S = Symptomkontrolle
E = Enscheidungsfindung
= end of life/Lebensende
N = Netzwerk
S = Support

palliative.so
gemeinsam kompetent

Palliativer Betreuungsplan© PBP

Personalien		
Name / Vorname		
Geburtsdatum		
Zivilstand / Soziales		
Adresse (Strasse, Ort)		
Tel. Nr. (Festnetz/Mobil)		
E-Mail		
Erstellt	am:	von:
	Institution:	

Hauptdiagnosen / -anliegen	**S** E N S
Hauptdiagnose	
Hauptanliegen des Betroffenen	
Vordergründige Probleme	
Bemerkungen	

Entscheidungsfindung	S **E** N S				
Reanimation (kardiopulmonal) gewünscht?	☐ Nein	☐ anderes:			
Patientenverfügung vorhanden?	☐ Ja	☐ Nein	☐ beiligend		
Stellvertreter 1					
Stellvertreter 2					
Vorsorgeauftrag erstellt	☐ Ja	☐ Nein			
Beistand für	☐ Personensorge	☐ Vermögenssorge	☐ Rechtsverkehr		
Testament erstellt	☐ Ja	☐ Nein			
Bemerkungen					
Bestehen Hinweise für/gegen medizinische Massnahmen?	☐ Keine				
Besonderes	Verlegung ins Spital	☐ Nein	☐ eher nein	☐ eher ja	☐ Ja
	Antibiotika	☐ Nein	☐ Ja, zur Symptomlinderung		
	Künstliche Ernährung	☐ Nein	☐ eher nein	☐ Ja	
	Hydrierung	☐ Nein	☐ eher nein	☐ Ja	
Bemerkungen					

Netzwerk (Kontakte)

S E **N** S

Informelles Netzwerk	**Namen**	**Erreichbar unter** (Tel. / Mobil / E-Mail)
Angehörige / Nahestehende	1.	☐ tagsüber ☐ immer
	2.	☐ tagsüber ☐ immer
	3 .	☐ tagsüber ☐ immer
Bemerkungen		

Professionelles Netzwerk	**Namen**	**Erreichbar unter** (Tel. / Mobil / E-Mail)
Spitex / ambulante Dienste		
Hausarzt		☐ tagsüber ☐ immer
Hospiz- und Freiwilligendienst		
Seelsorge		
Sozialdienst		
Mobile Pall. Care Equipe / Brückendienst		
Weitere		

Support

S E N **S**

	Namen	**Erreichbar unter** (Tel. / Mobil / E-Mail)
Für den Patienten (neben den oben erwähnten)		
Für die Angehörigen		
Für das betreuende Team		
Bemerkungen		

Lebensende /end of life

S **E** N S

Grösste Kraftquelle / Ressource		
Wünsche am Lebensende / Unerledigtes		
Spezielles		
	Namen	**Erreichbar unter** (Tel. / Mobil / E-Mail)
Benachrichtigung bei Todesfall	1.	☐ tagsüber ☐ immer
	2.	☐ tagsüber ☐ immer
	3 .	☐ tagsüber ☐ immer

Ist Entscheidungsfähigkeit vorhanden?	☐ Ja ☐ eher ja ☐ eher nein ☐ Nein
Bemerkungen	

Krankheits- und Prognoseverständnis		
Krankheits- und Prognose-verständnis vorhanden?	☐ Ja ☐ teilweise ☐ eher nein ☐ Nein ☐ unbekannt (Einschätzung durch Fachperson)	
Bemerkungen		
Erfasst von	Name Arzt:	Datum:
	Name Pflege:	Datum:
	Weitere:	Datum:
	Mit Patient / Patientin besprochen: ☐ Ja ☐ Nein	Datum:
	Mit Angehörigen besprochen: ☐ Ja ☐ Nein	Datum:
Bemerkungen		
Unterschrift verantwortliche Person		
Dokument digital versendet an		
Bemerkungen		

Relevante Änderungen des PBP		
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift

Quelle: © modifiziert nach «Palliativer Betreuungsplan©» *palliative ostschweiz*

Symptomerfassung

Empfehlung: Die Symptomerfassung erfolgt bei Bedarf über weitere Assessmentinstrumente (siehe Erläuterungen).

* Ein neuer Plan kann unter: **www.palliative-so.ch** heruntergeladen werden oder via E-Mail: info@palliative-so.ch angefordert werden.

Herausgeber:
Verein palliativ.so, Patriotenweg 10A, 4500 Solothurn, T 077 522 29 84, www.palliative-so.ch, info@palliative-so.ch

Urheberrecht:
Änderungen im Dokument «Palliativer Betreuungsplan©» sind nur in Absprache mit *palliative ostschweiz* möglich (info@palliative-ostschweiz.ch oder T 071 245 80 80).

Version 05.2022