

Personalien

Anrede: Herr Frau

Geburtsdatum

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Neue AHV Nummer

Versicherungsklasse

Krankenkasse

Telefon Privat

Telephon Mobile

E-Mail

Konfession

Entscheidungsfindung

- Patientenerwartungen und Behandlungsziele (Wünsche, Hoffnungen und Sorgen):

- Wille und Möglichkeiten der Bezugspersonen:

- Patientenverfügung vorhanden:

Patientenverfügung Bemerkung

Ja Nein Zum Ausfüllen abgeben

- Vorsorgeauftrag:

Ja Nein Zum Ausfüllen abgeben

- Die aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht unbedingt notwendige Medikamente wurden abgesetzt:

Ja Nein

- **Notfallverordnung**

Spitaleinweisung:

Falls Spitaleinweisung, wo?

Ja Nein

CPR (Wiederbelebung):

Ja Nein

Intensivstation mit maschineller Beatmung:

Ja Nein

Intensivstation ohne maschinelle Beatmung:

Ja Nein

- **Es braucht: Unter folgenden Bedingungen/Anmerkungen**

Antibiotika:

Bedingung für Antibiotika

Ja Nein

Bluttransfusion:

Bedingung für Bluttransfusion

Ja Nein

Blutentnahme:

Bedingung für Bluttransfusion

Ja Nein

Chemotherapie/Antitumorthherapie:

Bedingung für Chemotherapie/Antitumorthherapie

Ja Nein

Weitere Massnahmen (Dialyse etc.):

Bedingung für weitere Massnahmen

Ja Nein

Ernährung und Flüssigkeit:

künstliche Ernährung/ Flüssigkeit enteral (in den Darm):

Bedingung für künstliche Ernährung

Ja Nein

künstliche Ernährung/ Flüssigkeit parenteral (ins Blut):

Bedingung für künstliche Ernährung

Ja Nein

- **Hauptdiagnose:**

- **Allergien/unverträglichkeiten:**

Bemerkung

- **Massnahmenplan bei:**

Angst, Depression, seelische Schmerzen:

Beschreibung

Atemnot, Husten, Rasselatmung

Beschreibung

Ernährung/Ernährungsberatung/ Flüssigkeitszufuhr/Mund pflege

(Durst, trockene Schleimhäute, PEG, Magensonde, parenterale Flüssigkeitszufuhr und Ernährung)

Beschreibung

Hautverhältnisse: Juckreiz, Wunden, Dekubitus

Beschreibung

Müdigkeit/Schwäche

Beschreibung

Schmerz

Beschreibung

Schlafstörungen

Beschreibung

Unruhe, Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit

Beschreibung

Verdauungsprobleme (Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall,...)

Beschreibung

Weitere Probleme (Z.B Aszites, epileptischer Anfall, Ödeme, Fieber etc.)

Beschreibung

- **Hausarzt (HA)**

Name HA

Adresse HA

Mobilnummer HA

E-Mail HA

Vertretung HA (gemäss persönlicher Absprache)

Benachrichtigung nachts bei Todesfall (Name)

- **Wichtige Adressen mit Tel. und E-Mail**

Fallverantwortlicher Arzt stationär

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Fallverantwortlicher Arzt ambulant

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Bezugspersonen

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Vertretungsberechtigte Person

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Spitex

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Seelsorge

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Freiwillige/Nachtwache

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Apotheke

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Palliative Care Notfall Nr

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Mobiles Palliative Care Team

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Palliative Care Institution

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Weitere

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

Bezugspersonen:

Bemerkung

Unterstützung:

Bemerkung

Entlastung:

Bemerkung

Instruktion:

Bemerkung

Allgemeine Bemerkungen:

Bemerkung

Erfasst von :

Teil Arzt:

.....
Unterschrift

.....
am:

Mit dem Patienten
besprochen:

Ja Nein

Mit den Angehörigen
besprochen

Ja Nein

.....
Unterschrift Patient/Bezugsperson

Teil Pflegefachperson:

.....
Unterschrift

Geändert von :

.....
Unterschrift

.....
am:

Mit dem Patienten
besprochen:

Ja Nein

Mit den Angehörigen
besprochen

Ja Nein

.....
Unterschrift Patient/Bezugsperson

Teil Pflegefachperson:

.....
Unterschrift

- Der vorliegende Betreuungsplan wurde mit dem Patienten und allen Beteiligten besprochen und gibt den aktuellen Willen des Patienten wieder. Die im Betreuungsplan definierten Massnahmen gehen allfällig anderslautenden Willensbekundungen einer Patientenverfügung mit früherem Datum vor.