|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Notfallplan****Palliative Care** |  |
| Personalien Patientin / Patient |
| Name |       |  | Geburtsdatum |       |
| **Vorname** |       |  | **AHV-Nummer** |       |
| **Adresse** |       |  | **Telefon** |       |
| **PLZ** |       |  | **E-Mail** |       |
| **Ort** |       |  | **Krankenkasse** |       |
| Wichtige Kontaktpersonen |
| **Bezugsperson:** |       |  | Telefon |       |
| **Vertretungsbe-rechtigte Person:** |       |  | Telefon |       |
| **Hausarzt:** |       |  | Telefon |       |
|  |[ ]  **Spitex / Pflege:** |       |  | Telefon |       |
|  |[ ]  **Seelsorge:** |       |  | Telefon |       |
|  |[ ]  **Freiwillige Nachtwache:** |       |  | Telefon |       |
|  |[ ]  **Weitere:** |       |  | Telefon |       |
| Wesentliche Diagnosen / Angaben |
| **Wesentliche Diagnosen:** |       |
| **Allergien / Unverträglichkeiten:** |       |
|  | **[ ]**  |  | Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäusserten Willen des Patienten. |
|  | **[ ]**  |  | Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung. |
|  | **[ ]**  |  | Das vorliegende Dokument entspricht dem mutmasslichen Patientenwillen. |
|  | **[ ]**  |  | Spitaleinweisung bei:       |
|  | **[ ]**  |  | Symptomkontrolle erfolgt vorrangig im Pflegeheim/zu Hause, nur bei Erfolglosigkeit erfolgt Spitaleintritt mit Palliativbehandlung.Palliativbehandlung. |
|  | **[ ]**  |  | Bei Bedarf kann der ärztliche Notfalldienst hinzugezogen werden; dieser handelt unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten. |
|  | **[ ]**  |  | Der Patient darf bei der nächsten lebensbedrohlichen Verschlechterung versterben. |
|  | **[ ]**  |  | Die aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht notwendige Medikamente wurden abgesetzt. |
| **Bemerkungen:** |       |
| Folgendes Vorgehen wurde vereinbart |
| Patientenverfügung vorhanden | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |  |  | Ernährung (enteral) | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |
| Reanimation | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |  |  | Ernährung (parenteral) | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |
| Antibiotikagabe | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |  |  | Transfusionsbehandlung | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |
| Beatmung (Intubation) | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |  |  | Notfallset Medikamente liegt vor | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |
| Intensivpflegestation | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| keine Abklärungsuntersuchungen | [ ]  | JA | NEIN | [ ]  |  | Bemerkungen: |       |
| - Ausnahme: |       |  |  |
| Entscheidungsfindung |
| **Ziele / Wünsche / Hoffnungender Patientin, des Patienten** |       |

|  |
| --- |
| Massnahmeplan / Symptomkontrolle bei |
| Angst, Unruhe, seelische Schmerzen |
| 1. | Beruhigen, ruhige Atmosphäre, gedämpftes Licht |
| 2. | Medikamente einsetzen: |       |
|       |
| Schmerzen |
| 1. |       |
| 2. |       |
| 3. |       |
| 4. |       |
| Atemnot, Husten, Rasselatmung |
| 1. | Fenster und Kleider öffnen, aufsetzen, wenn möglich beruhigen |
| 2. | Medikamente einsetzen: |       |
|       |
| Übelkeit, Erbrechen |
| 1. | Frische Luft, Fenster öffnen |
| 2. | Medikamente einsetzen: |       |
|       |
| Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit |
|       |
| **Verdauungsprobleme (Verstopfung, Durchfall)** |
|       |
| **Hautverhältnisse (Juckreiz, Wunden, Dekubitus)** |
|       |
| **Ernährung, Flüssigkeitszufuhr (Durst, Schleimhäute, PEG, Magensonde)** |
|       |
| Schlafstörungen, Müdigkeit, Schwäche |
|       |
| Weitere Probleme |
|       |
| Erfassung / Bestätigung Notfallplan |
| Teil ARZT |  |
| Ort: |       | Datum: |       | Unterschrift: |
|  |
|  |
| Teil PFLEGEFACHPERSON |  |
| Ort:  |       | Datum: |       | Unterschrift: |
|  |
|  |
| BESTÄTIGUNG PATIENT / BEZUGSPERSON |  |
| Ort: |       | Datum: |       | Unterschrift: |
|  |  |  |  |  |  |
| Ort: |       | Datum: |       | Unterschrift: |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ersetzt Version vom | Datum: |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |