

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	_____
<input type="checkbox"/> Spitex / Pflege:	_____	Telefon	_____
<input type="checkbox"/> Seelsorge:	_____	Telefon	_____
<input type="checkbox"/> Freiwillige Nachtwache:	_____	Telefon	_____
<input type="checkbox"/> 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.
- 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	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	Ernährung (enteral)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>
Reanimation	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	Ernährung (parenteral)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>
Antibiotikagabe	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	Transfusionsbehandlung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>
Beatmung (Intubation)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	Notfallset Medikamente liegt vor	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>
Intensivpflegestation	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>				
keine Abklärungsuntersuchungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>				

- Ausnahme:

Bemerkungen:

Entscheidungsfindung

Ziele / Wünsche / Hoffnungen
der 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: _____