

1. Kontaktangaben Patient/in

Datum Aktualisierung:

Herr Frau

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Strasse:

AHV Nummer:

PLZ, Ort:

Krankenkasse:

Tel. P:

Versicherungsklasse: allg hp p

E-Mail:

Konfession keine ref kath andere

Wichtige Kontaktpersonen (inkl. Telefonnummer)

Familiäre Bezugsperson, Name:

Bezug zum Patienten:

Adresse:

Tel.-Nr:

Vertretungsber. Person, Name:

Bezug zum Patienten:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Fachpersonen (Reihenfolge der Benachrichtigung, siehe erste Spalte)

Hausarzt:

Name:

Tel.-Nr.:

Name Praxis:

E-Mail:

PLZ, Ort:

Weitere Ärzte bzw. Vertretung HA:

Fachgebiet:

Name:

Tel.-Nr.:

Name Praxis:

E-Mail:

Spitex:

Name:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

mobiler Palliativdienst / Palliative Care Team:

Name:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Seelsorge:

Name:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Freiwillige/Nachtwache:

Name:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Weitere:

zuletzt behandelndes Spital:

zuletzt behandelnde Abteilung:

Ansprechperson Arzt/Ärztin:

Bereitschaftsdienst: E-Mail:

Tel.-Nr.:

Weitere Ansprechpersonen
(u.a. verantwortlicher
Fachspezialist):

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Benachrichtigung nachts bei Todesfall:

Name:

Bezug zum Patienten:

Tel.-Nr.:

Weitere wichtige Informationen:

2. Grundsatzentscheide – Verfügungen

Datum Aktualisierung:

Erwartungen des Patienten:

Behandlungsziele:

Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag abgelegt bei/ in:

Patienten-Verfügung: Ja* Nein zum Ausfüllen abgegeben (*Im Anhang) mit vertretungs-
Vorsorgeauftrag: Ja* Nein zum Ausfüllen abgegeben (*Im Anhang) berechtigter Person
besprochen

Verfügung Organspende

Ärztliche Notfallverordnung (mit Patient und Angehörigen besprochen, muss mit Patientenverfügung kongruent sein)

Spitaleinweisung Nein Ja Anmerkungen:
Wenn nein = Therapieziel C

Therapieziel A: Lebensverlängerung

A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen incl. CPR (cardiopulmonale Reanimation)

Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen:

B0: keine CPR (Herzkreislauf Wiederbelebung)

B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung (Beatmungsschlauch)

B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine Intensivmedizin

Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung

C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort → Behandlungsplan erstellen

Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen

Unter folgenden Bedingungen:

Antibiotika Nein Ja

Bluttransfusion Nein Ja

Künstliche Ernährung enteral
(in den Darm) Nein Ja

Künstliche Ernährung parenteral
(ins Blut) Nein Ja

Anti- Tumor- Therapie Nein Ja

Weitere Massnahmen (z.B. Dialyse) Nein Ja

Datum Vorname, Name Ärztin/Arzt

Unterschrift Ärztin/ Arzt

Datum

Unterschrift Patient/in/
Vertretungsberechtigte Person

3. Problem- /Symptomassessement und Massnahmen Medizinische

Hauptdiagnose(n):

Übersicht Palliatives Assessement nach SENS

S ymptome

E ntscheidungsfindung_ E rwartungen

N etzwerk

S upport der Angehörigen/ Carer

Bitte entsprechend ausfüllen:

Anleitung für Massnahmen (zur Selbsthilfe / durch die Spitex)

Symptome

Massnahmen

Schmerz

Übelkeit/ Erbrechen

Verstopfung/ Durchfall

Atemnot, Husten

Schlafstörungen

Symptome

Selbsthilfemassnahmen

Unruhe, Verwirrtheit

Angst, Depression

Blutung

Epileptischer Anfall

Fieber

andere:

Weitere medizinisch-pflegerische Massnahmen für Komplikationen/Probleme:

Ernährung, Flüssigkeitszufuhr: Mundpflege, PEG, Magensonde, parenterale Ernährung

Hautverhältnisse, Juckreiz, Wunden, Dekubitus

Weitere Probleme (z.B. Aszites, Ödeme)

Anhänge / vorliegende Dokumente:

Medikamentenliste (optional 4. Modul: Medikamentenplan)

Letzter Austrittsbericht

Vorsorgeauftrag

Kopie an:

Patientenverfügung

Anderes

Sozio-Oeko-Genogramm

4. Medikamentenplan (gemäss e-mediplan, oder kann durch eigenes Medikamentenblatt ersetzt werden)

4.1. Fixe Medikamente

siehe Medikamentenkarte / -plan

Bemerkungen:

4.2. Reservemedikamente

Problem	Medikament und Einheit	Einheit / Dosis pro Gabe (bspw. Stück, Tropfen, ml)	Häufigkeit der Gabe pro 24 Stunden	Bemerkungen (z.B. wann Arzt informiert werden soll)
Schmerzen 1. Reserve				
Schmerzen 2. Reserve				
Schmerzen 3. Reserve				
Übelkeit/Erbrechen				
Verstopfung, Durchfall				
Atemnot, Husten, Rasselatmung				
Schlafstörungen				
Unruhe, Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit				
Angst, Depression				
Blutung				
Epileptischer Anfall				
Fieber				
Andere				

Gültigkeit Verordnung Medikamente: diese Verordnung hat eine übergeordnete Gültigkeit in Bezug auf vorbestehende Medikamentenpläne

Ort

Datum

Unterschrift Ärztin/ Arzt