

**1. Kontaktangaben Patient/in**

**Datum Aktualisierung**

Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum:
Name:		Vorname:
Strasse:		AHV Nummer:
PLZ, Ort:		Krankenkasse:
Tel. P:		Versicherungsklasse: allg <input type="checkbox"/> hp <input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/>
E-Mail:		Mobil Nummer:
Konfession keine <input type="checkbox"/> ref <input type="checkbox"/> kath <input type="checkbox"/> andere		

**Wichtige Kontaktpersonen (inkl. Telefonnummer)**

Familiäre Bezugspersonen:

Name (Adresse)

Tel.-Nr

Vertretungsberechtigte Person:

Name (Adresse)

Tel.-Nr

**Fachpersonen** (Reihenfolge der Benachrichtigung, siehe erste Spalte)

Hausarzt:

Name:

Tel.-Nr

Name Praxis:

E-Mail

Strasse:

PLZ, Ort:

Weitere Ärzte bzw. Vertretung HA:

Name:

Tel.-Nr

Name Praxis:

E-Mail

Strasse:

PLZ, Ort:

Spitex:

Name:

Tel.-Nr

Strasse:

E-Mail

PLZ, Ort:

Mobiler Palliativdienst:

Name: Tel.-Nr

Strasse: E-Mail

PLZ, Ort:

Seelsorge:

Name: Tel.-Nr

Strasse: E-Mail

PLZ, Ort:

Freiwillige/Nachtwache:

Name: Tel.-Nr

Strasse: E-Mail

PLZ, Ort:

Weitere:

**zuletzt behandelndes Spital**

**zuletzt behandelnde Abteilung:**

Ansprechperson Arzt/ Bereitschaftsdienst: Tel.-Nr

E-Mail: Mobil-Nr

Weitere Ansprechpersonen  
(u.a.verantwortlicher Fachspezialist):

Tel.-Nr Mobil-Nr

**Benachrichtigung nachts bei Todesfall:**

Name:

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)

Vorsorgeauftrag: Ja\*  Nein  zum Ausfüllen abgegeben  (\*Im Anhang)

Verfügung Organspende

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

Spitaleinweisung Nein  Ja  Anmerkungen (bspw. wo)

### Therapieziel A: Lebensverlängerung

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

### Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen:

B0: keine CPR

B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung

B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine Intensivmedizin

### Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung

C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort

Datum: Name und Unterschrift Ärztin/ Arzt

## 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)

Datum: Unterschrift Ärztin/ Arzt

### 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 Selbsthilfemassnahmen/ Massnahmen Spitex/ Pflege

**Symptome**

**Selbsthilfemassnahmen (Reservemedikamente vgl. Pkt.4.2.)**

- Schmerz
- Übelkeit/ Erbrechen
- Verstopfung/ Durchfall
- Atemnot, Husten, Rasselatmung
- Schlafstörungen
- 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)

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

**4.1. fixe Medikamente**

Füllen Sie die Medikamentenliste unten aus oder kopieren Sie eine bereits vorhandene Liste in dieses Feld:

Medikament	morgen	mittag	Abend	Zur Nacht	Einheit (bspw. Stück)	Zeitraum (bspw. täglich von bis)	Anleitung zur Anwendung	Grund	Verordnet von

**4.2. Reservemedikamente** (Angabe in anderer Reihenfolge unter Beibehaltung der Inhalte möglich)

Füllen Sie die Medikamentenliste unten aus oder kopieren Sie eine bereits vorhandene Liste in dieses Feld:

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

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

Ort:

Datum:

Unterschrift Ärztin/ Arzt:

**Anhänge:**

- Medikamentenliste
- Letzter Austrittsbericht

- Patientenverfügung
- Anderes