

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:

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 etc.				
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:

Anhänge:

- Medikamentenliste
- Letzter Austrittsbericht

- Patientenverfügung
- Anderes