



Anmeldeformular MPD

Formular / Arztbericht mit Medikamentenliste senden an: mpd@palliativecare-thun.ch

Patient/Patientin

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____ Mobile: _____ Zivilstand: _____

Angehörige / Vertretungsperson

Bezugsperson:
 Name: _____ Vorname: _____ Tel./Mobile: _____
 Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
 Beziehung: _____
Vertretungsperson Beistand
 Name: _____ Vorname: _____ Tel./Mobile: _____
 Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Krankenversicherung

Grundversicherung: _____ AHV/Sozialversicherung-Nr.: 756.
 Zusatzversicherung: _____ Versichertenkarten-Nr. (20 Ziff.): 80

Aktueller Aufenthaltsort

Zu Hause _____ Hausarzt (Name/Tel): _____
 mit Spitex: _____ Pflegeteam (Tel): _____
 Langzeit-Institution: _____ Ort: _____
 Haus-/Heimarzt (Name/Tel): _____ Pflegeteam (Tel): _____
 Spital (Ort/Station): _____
 Arzt Spital (Name/Tel): _____ Pflegeteam (Tel): _____

Hauptdiagnose

Chemotherapie nein ja geplant Bestrahlung nein ja geplant Immuntherapie nein ja

Indikationskriterien für MPD (BAG & GDK, 2011, S.12-15)

Instabilität der Situation ...UND/ODER...

Komplexität der Situation

Symptome

Schmerzen
 Dyspnoe
 Übelkeit/Erbrechen
 Delir
 Fatigue
 Epileptische Anfälle
 Psychische Krise/Symptome
 Spirituelle Krise
 Komplikationsrisiko für Blutungen
 Tumorwunden
 Psychosoziale Probleme, soziale Situation
 Anderes:

Entscheidungsfindung

Konflikte im Familien-/Angehörigensystem
 Entscheidungsfindung therapeutische Massnahmen
 Fremde kulturelle Werthaltungen und Erwartungen
 Wertekonflikte
 Eingeschränkte Urteilsfähigkeit

Netzwerk

Überlastung der betreuenden Angehörigen oder Team
 Fehlende oder ungenügende Unterstützung

Support

Patienten- und Angehörigenberatung notwendig
 Minderjährige Kinder
 Spezialisierte pflege-technische Verrichtungen

End-of-life

Komplexer, schwieriger Sterbeprozess

> 2 Hospitalisationen innerhalb letzten 6 Monate

Ziel

Symptomkontrolle _____ Stabilisierung _____
 Behandlung bei komplexem Sterbeprozess _____
 Koordination Leistungserbringern für Grundversorger
 weiteres _____

Komplexe Entscheidungsfindung _____
 Beratung/Support/Koordination für Grundversorger _____
 Instruktion/Schulung für Grundversorger _____

Anmeldung durch: _____ Name: _____

Datum: _____ Telefon: _____ Mail: _____