

Betreuungsplan Palliative Care

Problemliste mit Massnahmenplan (in Absprache mit dem Arzt)

|  |
| --- |
| **PERSONALIEN** |
| **Herr** **[ ]  Frau** **[ ]**  | **Geburtsdatum**  |
| **Name:** |  |
| **Vorname:** |  |
| **Strasse:**  |  |
| **PLZ:** |  |
| **Ort:** |  |
| **Neue AHV-Nummer:** |  |
| **Krankenkasse** |  |
| **Versicherungsklasse:** |  |
| **Tel.P.** |  |
| **Mobil Nr.** |  |
| **E-Mail:** |  |
| **Konfession**  |  |

|  |
| --- |
| **ENTSCHEIDUNGSFINDUNG** |
| **Ziele, Wünsche, Hoffnungen des Patienten: (evtl. mit Prioritäten versehen)** |
| **Patientenverfügung vorhanden:** | Ja [ ]  Nein [ ]  Zum Ausfüllen abgegeben**[ ]**  |
| Patientenverfügung Bemerkung: |  |
| **Die aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht unbedingt notwendige Medikamente wurden abgesetzt**. Ja [ ]  Nein [ ]   |
| **Allgemeine Bemerkungen** |  |
| **Spitaleinweisung:** | Ja [ ]  Nein [ ]   |
| Falls Spitaleinweisung, wo? |  |
| **Verantwortlicher Spitalarzt:** |  |
| **Es braucht:** | **Unter folgenden Bedingungen** |
| Antibiotika | Nein [ ]  |  Ja [ ]  |  |
| Bluttransfusion | Nein [ ]  |  Ja [ ]  |  |
| Blutentnahme | Nein [ ]  |  Ja [ ]  |  |
| Chemotherapie | Nein [ ]  |  Ja [ ]  |  |
| Künstl.Beatmung | Nein [ ]  |  Ja [ ]  |  |
| Infusion (Fluid) | Nein [ ]  |  Ja [ ]  |  |
| Reanimation/IPS | Nein [ ]  |  Ja [ ]  |  |

|  |
| --- |
| **SYMPTOMKONTROLLE** |
| **Hauptdiagnosen**: |
|       |
| **Allergien/Unverträglichkeiten:** |
|       |
| **Massnahmenplan bei:** |
| Angst, Depression, seelische Schmerzen |
|       |
| Atemnot, Husten, Rasselatmung |
|       |
| Ernährung / Ernährungsberatung / Flüssigkeitszufuhr (Durst, trockene Schleimhäute, PEG, Magensonde, parenterale Ernährung) |
|       |
| Hautverhältnisse: Juckreiz, Wunden, Dekubitus |
|       |
| Müdigkeit / Schwäche |
|       |
| Schmerz |
|       |
| Schlafstörungen |
|       |
| Unruhe, Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit |
|       |
| Verdauungsprobleme (Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, etc.) |
|       |
| Weitere Probleme (z.B. Asites, epileptischer Anfall, Ödeme, Fieber, etc.) |
|       |
| **NETZWERK** |  |
| Hausarzt (HA): |       |
| Adresse HA: |       |
| Mobilnummer HA: |       |
| E-Mail HA: |       |
| Vertretung HA gemäss persönlicher Absprache: |       |
| Benachrichtigung nachts bei Todesfall (Name): |       |
|  | Wichtige Adressen mit Tel. und E-Mail |
| Fallverantwortlicher Arzt: |       |
| Bezugspersonen: |       |
| Vertretungsberechtigte Person: |       |
| Spitex Seelsorge: |       |
| Freiwillige/Nachtwache: |       |
| Apotheke: |       |
| Palliative Care Notfall Nr: |       |
| Mobiles Palliative Team: |       |
| Palliative Care Institution: |       |
| Weitere: |       |

|  |
| --- |
| **SUPPORT ANGEHÖRIGE/BEZUGSPERSONEN** |
| Bezugspersonen: |       |
| Unterstützung: |       |
| Entlastung: |       |
| Instruktion: |       |
| Allgemeine Bemerkungen: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Erfasst von: Teil Arzt:     …………………………**Unterschrift**Teil Pflegefachperson:     ……………………………**Unterschrift** | am:      | Mit dem Patienten besprochen: Ja [ ]  Nein [ ] ………………………………….…………………**Unterschrift Patient/Bezugsperson** | Mit den Angehörigen besprochen:Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Geändert von:     ……………………………**Unterschrift** | am:      | Mit dem Patienten besprochen: Ja [ ]  Nein [ ] ………………………………..…………………… **Unterschrift Patient/Bezugsperson** | Mit den Angehörigen besprochen:Ja [ ]  Nein [ ]  |

**Der vorliegende Betreuungsplan wurde mit dem Patienten und allen Beteiligten besprochen und gibt den aktuellen Willen des Patienten wieder. Die im Betreuungsplan definierten Massnahmen gehen allfällig anderslautenden Willensbekundungen einer Patientenverfügung mit früherem Datum vor.**