

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: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
E-Mail:	Mobil Nummer:

Wichtige Kontaktpersonen (inkl. Telefonnummer)

Familiäre Bezugspersonen : Tel.-Nr

Vertretungsberechtigte Person (inkl. Tel.): Tel.-Nr

Fachpersonen (Reihenfolge der Benachrichtigung, siehe erste Spalte)

Hausarzt (Name, Adresse, Tel, Erreichbarkeit): Tel.-Nr

Weitere Ärzte bzw. Vertretung HA (inkl. Tel.): Tel.-Nr

Spitex: Tel.-Nr

Mobiler Palliativdienst: Tel.-Nr

Seelsorge: Tel.-Nr

Freiwillige/Nachtwache: Tel.-Nr

Weitere:

Medizinische Diagnosen:

Letzt-behandelnde Abteilung:

Kontaktdetails:

Ansprechperson Arzt/ Bereitschaftsdienst : Tel.-Nr

E-Mail: Mobil-Nr

Weitere Ansprechpersonen:

Name: Geburtsdatum:

Benachrichtigung nachts bei Todesfall: (Name/Tel):

Weitere wichtige Informationen:

2. Grundsatzentscheide – Verfügungen

Datum Aktualisierung:

Patientenziele

Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag (abgelegt bei/ in:)

Patienten-Verfügung: Ja⁺ Nein zum Ausfüllen abgegeben (*Im Anhang)

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

Ärztliche Notfallverordnung

CPR: Ja Nein

Spitaleinweisung Ja Nein Anmerkungen

Spezifizierung CPR

Unter folgenden Bedingungen:

Einweisung IPS Nein Ja n.R.*

Künstliche Beatmung (Maske) Nein Ja n.R.*

Künstliche Beatmung (Intubation) Nein Ja n.R.*

Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen

Antibiotika Nein Ja n.R.*

Bluttransfusion Nein Ja n.R.*

Künstliche Ernährung enteral Nein Ja n.R.*

Künstliche Ernährung parenteral Nein Ja n.R.*

Chemotherapie Nein Ja n.R.*

Weitere diagnosebezogene Massnahmen n.R.*

*n.R. = nicht relevant

Erfasst von:
Person

Datum:

Unterschrift Patient / Vertretungsberechtigte

Unterschrift Ärztin/ Arzt

Name:

Geburtsdatum:

3. Problemassessment und Massnahmen

Medizinische Hauptdiagnose(n)

Palliatives Symptom Assessment nach SENS (für Selbstmanagement zuhause)

Symptome	allg. Massnahmen	Reservemedikamente vgl. Pkt.4
<input type="checkbox"/> Schmerz		1
<input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen		2
<input type="checkbox"/> Verstopfung/ Durchfall		3
<input type="checkbox"/> Atemnot, Husten, Rasselatmung		4
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen		5
<input type="checkbox"/> Unruhe, Verwirrtheit		6
<input type="checkbox"/> Angst, Depression		7
<input type="checkbox"/> Blutung		8
<input type="checkbox"/> Epileptischer Anfall		9
<input type="checkbox"/> Fieber		10
<input type="checkbox"/> andere:		11

Weitere medizinisch-pflegerische Massnahmen für Komplikationen/Probleme:
Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Mundpflege (Durst, trockene Schleimhäute)

PEG, Magensonde, parenterale Ernährung

Hautverhältnisse, Juckreiz, Wunden, Dekubitus

Weitere Probleme (z.B. Aszites, Ödeme)

Entscheidungsfindung (siehe Abschnitt 2 Grundsatzentscheide)

Netzwerk-Organisation (siehe auch Abschnitt 1 Kontaktdaten)
Zusatzangaben: Aktuelle Wohnumgebung; Notfallkette

Support der Angehörigen/ Unterstützungsbedarf bspw. Erholungszeiten; psychologischer Support für?

Name: Geburtsdatum:

4. Reservemedikamente und weitere Massnahmen

Fixe Medikation siehe separate Medikamentenliste

	Problem	Medi-Name und Darreichungsform	Dosierung	Bemerkungen (z.B. wann Arzt informiert werden soll)
1	Schmerzen 1. Reserve			
	Schmerzen 2. Reserve			
	Schmerzen 3. Reserve			
2	Übelkeit/Erbrechen			
3	Verstopfung, Durchfall etc.			
4	Atemnot, Husten, Rasselatmung			
5	Schlafstörungen			
6	Unruhe, Verwirrtheit			
7	Angst, Depression			
8	Blutung			
9	Epileptischer Anfall			
10	Fieber			
11	Andere:			

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

Ort:

Datum:

Unterschrift Arzt:

Ersetzt Version vom:

Datum:

Unterschrift Arzt:

Anhänge:

Medikamentenliste

Patientenverfügung

Letzter Austrittsbericht

Anderes

Name:

Geburtsdatum: