

# Betreuungsplan Palliative Care

Problemliste mit Massnahmenplan (in Absprache mit dem Arzt)

<b>PERSONALIEN</b>	
Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Strasse:</b>	
<b>PLZ:</b>	
<b>Ort:</b>	
<b>Neue AHV-Nummer:</b>	
<b>Krankenkasse</b>	
<b>Versicherungsklasse:</b>	
<b>Tel.P.</b>	
<b>Mobil Nr.</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Konfession</b>	

<b>ENTSCHEIDUNGSFINDUNG</b>	
<b>Ziele, Wünsche, Hoffnungen des Patienten: (evtl. mit Prioritäten versehen)</b>	
<b>Patientenverfügung vorhanden:</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zum Ausfüllen abgegeben <input type="checkbox"/>
Patientenverfügung Bemerkung:	
<b>Die aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht unbedingt notwendige Medikamente wurden abgesetzt.</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Allgemeine Bemerkungen</b>	
<b>Spitaleinweisung:</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Falls Spitalweisung, wo?	
<b>Verantwortlicher Spitalarzt:</b>	

<b>Es braucht:</b>			<b>Unter folgenden Bedingungen</b>
Antibiotika	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Bluttransfusion	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Blutentnahme	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Chemotherapie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Künstl. Beatmung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Infusion (Fluid)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Reanimation/IPS	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

<b>SYMPTOMKONTROLLE</b>
<b>Hauptdiagnosen:</b>
<b>Allergien/Unverträglichkeiten:</b>
<b>Massnahmenplan bei:</b>
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.)

<b>NETZWERK</b>	
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:	

<b>SUPPORT ANGEHÖRIGE/BEZUGSPERSONEN</b>	
Bezugspersonen:	
Unterstützung:	
Entlastung:	
Instruktion:	
Allgemeine Bemerkungen:	

Erfasst von: Teil Arzt: ..... <b>Unterschrift</b>  Teil Pflegefachperson: ..... <b>Unterschrift</b>	am:	Mit dem Patienten besprochen:  Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  ..... <b>Unterschrift Patient/Bezugsperson</b>	Mit den Angehörigen besprochen:  Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Geändert von: ..... <b>Unterschrift</b>	am:

**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.**