

Basisdokumentation Netzwerk / Betreuungsplan inkl. Notfallplan



Palliative Care-Netzwerk Region Thun

Wir bündeln unsere Kräfte.

Mobiler Palliativ Dienst, Palliative Care-Netzwerk Region Thun, Militärstrasse 6, 3600 Thun
mpd@palliativecare-thun.ch

© Copyright by palliative bern



Name des Erstellers:

Tel.- Nr./E-Mail:

Datum Erstellung / Aktualisierung:

1. Kontaktangaben Patient/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ, Ort:

Tel. P/M:

Wichtige Kontaktpersonen (inkl. Telefonnummer)

Familiäre Bezugsperson:

Name:

Tel.- Nr./E-Mail:

Bemerkungen:

Vertretungsberechtigte Person:

Name:

Tel.- Nr./E-Mail:

Bemerkungen:

Fachpersonen

Hausarzt:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Bemerkungen:

involvierter Facharzt:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Bemerkungen:

Weitere:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Bemerkungen:



Spitex

Name:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Bemerkungen:

Mobiler Palliativdienst

Name:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Bemerkungen:

Zuletzt behandelndes Spital

Kontaktperson:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Bemerkungen:

Allgemeine Bemerkungen:



3. Problem- /Symptomassessment und Massnahmen

Übersicht Palliatives Assessment nach SENS Datum Aktualisierung:

S ymptome

E ntscheidungsfindung / E rwartungen

N etzwerk

S upport der Angehörigen/Carer

Anleitung und Massnahmen für Betroffene/Angehörige zur Selbsthilfe inklusive Notfallplan

Anhänge/vorliegende Dokumente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medikamentenliste | <input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag |
| <input type="checkbox"/> Letzter Austrittsbericht | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung |
| <input type="checkbox"/> Anderes | |

4. Reservemedikamente

Problem	Medikament und Einheit	Einheit / Dosis pro Gabe	Häufigkeit der Gabe	Bemerkungen (
Schmerzen 1. Reserve				
Schmerzen 2. Reserve				
Schmerzen 3. Reserve				
Übelkeit, Erbrechen				
Verstopfung				
Atemnot, Husten				
Schlafstörungen				
Unruhe, Verwirrtheit				
Angst				
Blutung				
Epileptischer Anfall				
Fieber				

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

Ort

Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt