



Name des Erstellers:
el Nr./E-Mail:
Datum Erstellung / Aktualisierung:
. Kontaktangaben Patient/in
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ, Ort:
Tel. P/M:
Vichtige Kontaktpersonen (inkl. Telefonnummer)
Familiäre Bezugsperson:
Name:
Tel Nr./E-Mail:
Bemerkungen:
Vortuntum mahawa ahtimta Dawa an
Vertretungsberechtigte Person:
Name:
Tel Nr./E-Mail:
Bemerkungen:
Fachpersonen
☐ Hausarzt: TelNr.:
E-Mail:
Bemerkungen:
□ involvierter Facharzt:
TelNr.:
E-Mail:
Bemerkungen:
□ Weitere:
TelNr.:
E-Mail:
Bemerkungen:



Spitex
Name: TelNr.:
E-Mail:
Bemerkungen:
Mobiler Palliativdienst Name:
TelNr.:
E-Mail:
Bemerkungen:
Zuletzt behandelndes Spital Kontaktperson:
TelNr.:
E-Mail:
Bemerkungen:
Allgemeine Bemerkungen:

Name/Vorname: Geburtsdatum:



2. Grundsatzentscheide – Verfügungen Datum Aktualisierung: Erwartungen des Patienten/Behandlungsziele:								
Hauptdiagnose:								
Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag abgelegt bei/ in:								
Patienten-Verfügung: Nein Ja ,	Verfügung Organspende: Nein Ja ,							
Ärztliche Notfallverordnung (mit Patient und Angehörigen besprochen, muss mit Patientenverfügung kongruent sein)								
Spitaleinweisung Nein □ Ja □ Wenn nein = Therapieziel C Anmerkungen:								
Therapieziel A: Lebensverlängerung □ A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen incl. CPR (cardiopulmonale Reanimation) Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen: □ B0: keine CPR □ B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung □ B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine Intensivmedizin Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung □ C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort Datum: Name und Unterschrift Ärztin/Arzt: Name und Unterschrift Patientin/Patient:								
Vorausplanung weiterer medizinischer Inter	ventionen							
	Unter folgenden Bedingungen:							
Antibiotika	□ Nein □ Ja							
Bluttransfusion	□ Nein □ Ja							
Künstliche Ernährung enteral (in den Darm)	□ Nein □ Ja							
Künstliche Ernährung parenteral (ins Blut)	□ Nein □ Ja							
Anti- Tumor- Therapie Weitere Massnahmen (z.B. Dialyse):	□ Nein □ Ja							
Datum:								
Name und Unterschrift Patientin/Patient:								
Unterschrift Ärztin/Arzt:								

Name/Vorname: Geburtsdatum:



3. Problem-/Symptomassessment und Massnahmen <u>Übersicht Palliatives Assessment nach SENS</u> **Datum Aktualisierung:** S ymptome Entscheidungsfindung / Erwartungen N etzwerk S upport der Angehörigen/Carer Anleitung und Massnahmen für Betroffene/Angehörige zur Selbsthilfe inklusive Notfallplan **Anhänge/vorliegende Dokumente:** ☐ Medikamentenliste ☐ Vorsorgeauftrag ☐ Letzter Austrittsbericht ☐ Patientenverfügung ☐ 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 Ä	ırztin / Arzt				
Name/Vorname: Geburtsdatum:				Seite 6 von 6				