

## Personalien

Anrede:  Herr  Frau

Geburtsdatum

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Neue AHV Nummer

Versicherungsklasse

Krankenkasse

Telefon Privat

Telephon Mobile

E-Mail

Konfession

## Entscheidungsfindung

- Patientenerwartungen und Behandlungsziele (Wünsche, Hoffnungen und Sorgen):

.....

- Wille und Möglichkeiten der Bezugspersonen:

.....

- Patientenverfügung vorhanden:

Patientenverfügung Bemerkung

Ja  Nein  Zum Ausfüllen abgeben

.....

- Vorsorgeauftrag:

Ja  Nein  Zum Ausfüllen abgeben

.....

- Die aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht unbedingt notwendige Medikamente wurden abgesetzt:

Ja  Nein

.....

- **Notfallverordnung**

Spitaleinweisung:

Falls Spitaleinweisung, wo?

Ja  Nein

---

CPR (Wiederbelebung):

Ja  Nein

---

Intensivstation mit maschineller Beatmung:

Ja  Nein

---

Intensivstation ohne maschinelle Beatmung:

Ja  Nein

---

- **Es braucht: Unter folgenden Bedingungen/Anmerkungen**

Antibiotika:

Bedingung für Antibiotika

Ja  Nein

---

Bluttransfusion:

Bedingung für Bluttransfusion

Ja  Nein

---

Blutentnahme:

Bedingung für Bluttransfusion

Ja  Nein

---

Chemotherapie/Antitumorthherapie:

Bedingung für Chemotherapie/Antitumorthherapie

Ja  Nein

---

Weitere Massnahmen (Dialyse etc.):

Bedingung für weitere Massnahmen

Ja  Nein

---

Ernährung und Flüssigkeit:

künstliche Ernährung/ Flüssigkeit enteral (in den Darm):

Bedingung für künstliche Ernährung

Ja  Nein

---

künstliche Ernährung/ Flüssigkeit parenteral (ins Blut):

Bedingung für künstliche Ernährung

Ja  Nein

---

- **Hauptdiagnose:**

---

- **Allergien/unverträglichkeiten:**

Bemerkung

---

- **Assessment und Massnahmenplan bei:**

Angst, Depression, seelische Schmerzen:

Beschreibung

---

Atemnot, Husten, Rasselatmung

Beschreibung

---

Ernährung/Ernährungsberatung/ Flüssigkeitszufuhr/Mund pflege

(Durst, trockene Schleimhäute, PEG, Magensonde, parenterale Flüssigkeitszufuhr und Ernährung)

Beschreibung

---

**Hautverhältnisse: Juckreiz, Wunden, Dekubitus**

Beschreibung

---

**Müdigkeit/Schwäche**

Beschreibung

---

**Schmerz**

Beschreibung

---

**Schlafstörungen**

Beschreibung

---

**Unruhe, Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit**

Beschreibung

---

**Verdauungsprobleme (Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall,...)**

Beschreibung

---

**Weitere Probleme (Z.B Aszites, epileptischer Anfall, Ödeme, Fieber etc.)**

Beschreibung

---

- **Hausarzt (HA)**

Name 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 stationär

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

-----

### Fallverantwortlicher Arzt ambulant

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

-----

### Bezugspersonen

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

-----

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

-----

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

-----

### Vertretungsberechtigte Person

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

-----

**Spitex**

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

---

**Seelsorge**

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

---

**Freiwillige/Nachtwache**

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

---

**Apotheke**

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

---

**Palliative Care Notfall Nr**

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

---

**Mobiles Palliative Care Team**

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

---

**Palliative Care Institution**

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

---

**Weitere**

Name/Vorname/Adresse/E-Mail/Tel. Nr.

---

**Bezugspersonen:**

Bemerkung

---

**Unterstützung:**

Bemerkung

---

**Entlastung:**

Bemerkung

---

**Instruktion:**

Bemerkung

---

**Allgemeine Bemerkungen:**

Bemerkung

---

## Erfasst von :

Teil Arzt:

.....  
Unterschrift

.....  
am:

Mit dem Patienten  
besprochen:

Ja  Nein

Mit den Angehörigen  
besprochen

Ja  Nein

.....  
Unterschrift Patient/Bezugsperson

Teil Pflegefachperson:

.....  
Unterschrift

## Geändert von :

.....  
Unterschrift

.....  
am:

Mit dem Patienten  
besprochen:

Ja  Nein

Mit den Angehörigen  
besprochen

Ja  Nein

.....  
Unterschrift Patient/Bezugsperson

Teil Pflegefachperson:

.....  
Unterschrift

- 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.