



- S** = Symptomkontrolle
- E** = Entscheidungsfindung
= end of life/Lebensende
- N** = Netzwerk
- S** = Support



Palliativer Behandlungsplan[©] PBP

Personalien		
Name / Vorname		
Geburtsdatum		
Zivilstand / Soziales		
Adresse (Strasse, Ort)		
Tel. Nr. (Festnetz/Mobil)		
E-Mail		
Erstellt	am:	von:
	Institution:	

Hauptdiagnosen / -anliegen	S E N S
Hauptdiagnose	
Hauptanliegen des Betroffenen	
Vordergründige Probleme	
Bemerkungen	

Entscheidungsfindung	S E N S
Reanimation (kardiopulmonal) gewünscht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> anderes:
Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beiliegend
Stellvertreter 1	
Stellvertreter 2	
Vorsorgeauftrag erstellt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beistand für	<input type="checkbox"/> Personensorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Rechtsverkehr
Testament erstellt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen	
Bestehen Hinweise für/gegen medizinische Massnahmen?	<input type="checkbox"/> Keine
Besonderes	Verlegung ins Spital <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> Ja
	Antibiotika <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zur Symptomlinderung
	Künstliche Ernährung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Ja
	Hydrierung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Ja
Bemerkungen	

Netzwerk (Kontakte) S E N S		
Informelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
Angehörige / Nahestehende	1.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
	2.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
	3.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
Bemerkungen		
Professionelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
Spitex / ambulante Dienste		
Hausarzt		<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
Hospiz- und Freiwilligendienst		
Seelsorge		
Sozialdienst		
Mobile Pall. Care Equipe / Brückendienst		
Weitere		

Support S E N S		
	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
Für den Patienten (neben den oben erwähnten)		
Für die Angehörigen		
Für das betreuende Team		
Bemerkungen		

Lebensende /end of life S E N S		
Grösste Kraftquelle / Ressource		
Wünsche am Lebensende / Unerledigtes		
Spezielles		
	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)
Benachrichtigung bei Todesfall	1.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
	2.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer
	3.	<input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> immer

Ist Entscheidungsfähigkeit vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen	

Krankheits- und Prognoseverständnis		
Krankheits- und Prognoseverständnis vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt (Einschätzung durch Fachperson)	
Bemerkungen		
Erfasst von	Name Arzt:	Datum:
	Name Pflege:	Datum:
	Weitere:	Datum:
	Mit Patient / Patientin besprochen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum:
	Mit Angehörigen besprochen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Datum:
Bemerkungen		
Unterschrift verantwortliche Person		
Dokument digital versendet an		
Bemerkungen		

Relevante Änderungen des PBP		
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift
Datum	Was	Unterschrift

Symptomerfassung

Empfehlung: Die Symptomerfassung erfolgt bei Bedarf über weitere Assessmentinstrumente (siehe Erläuterungen).

* Ein neuer Plan kann unter: www.palliative-ostschweiz.ch heruntergeladen werden.

Herausgeber:

palliative ostschweiz, Geschäftsstelle, Flurhofstrasse 7, CH-9000 St. Gallen, T 071 245 80 80
www.palliative-ostschweiz.ch, info@palliative-ostschweiz.ch

Mitglieder der Arbeitsgruppe: siehe Dokument «Erläuterungen»

Urheberrecht:

Grundsätzliche Änderungen im Dokument «Palliative Betreuungsplan®» nur nach Rücksprache mit *palliative ostschweiz* möglich.