

Palliativer Behandlungsplan

Zu einem Zeitpunkt wo eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Betroffenen nicht mehr zu erwarten ist und der Betroffene sich in absehbarer Zeit im Sterbeprozess befinden wird, kommt der Palliative Behandlungsplan zum Einsatz. **Voraussetzung ist das Palliative Assessment** (separates Blatt).

- Dieser Plan:
- wird gemeinsam mit der betroffenen Person, den Angehörigen, dem behandelnden Arzt und der Bezugspflegenden erstellt und die Durchführung ist für alle verbindlich
 - kann mit Datum und Visum ergänzt oder geändert werden

Der Palliative Behandlungsplan ersetzt nicht die laufende Kommunikation unter den beteiligten Personen.

| 1. Personalien | | |
|--|------|---------------|
| Name/Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Erstellungsdatum | | |
| anwesende Personen | | |
| Hauptdiagnose | | |
| 2. Kontakte im Notfall | | |
| | Name | Telefonnummer |
| Hausarzt während Praxiszeiten - Im Notfall erreichbar unter - Vertretung des Hausarztes Notfallarzt | | 0900 144 144 |
| Bezugspersonen des/der Betroffenen | | |
| Mitarbeitende Spitex - Direkte Erreichbarkeit Montag bis Freitag - Wochenende Sa und So Im Notfall | | |
| Palliativer Brückendienst | | |
| Hospizdienst St.Gallen | | |



| | | |
|---|------------------------------------|--|
| Benachrichtigung bei Todesfall - Wer - Wann | | Hausarzt: nachts: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angehörige: nachts: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Entscheidungshintergrund | | |
| Ist Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit gegeben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> überwiegend ja <input type="checkbox"/> überwiegend nein <input type="checkbox"/> nein |
| Patientenverfügung liegt vor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn nein, welche Hinweise auf Ablehnung medizinischer Massnahmen bestehen (mutmasslicher Wille): | | |
| Wer ist die Vertretungsperson: | | |
| Bemerkungen: | | |
| 4. Reanimation und Hospitalisierung | | |
| Cardiopulmonale Reanimation ist der Situation nicht mehr angemessen. | <input type="checkbox"/> trifft zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| Die Verlegung in ein Spital soll nach Möglichkeit vermieden werden. | <input type="checkbox"/> trifft zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu |
| Bemerkungen: | | |
| 5. Weitere Unterstützungen (erhoben im palliativen Assessment, für Notfallarzt notieren) | | |
| Spirituelle Begleitung/ Seelsorge ist involviert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Palliativer Brückendienst ist involviert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hospizdienst ist involviert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bemerkungen | | |
| Personalien | | |
| Name/Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Erstellungsdatum | | |
| anwesende Personen | | |