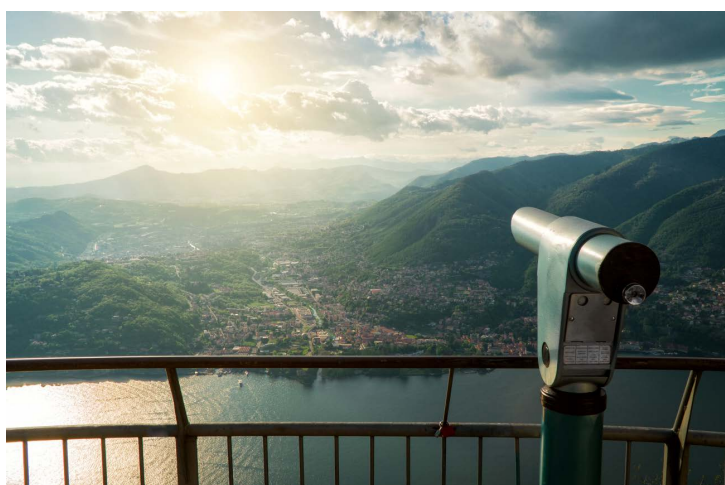




**palliative bern**

**gemeinsam kompetent  
ensemble compétent**

## **Basisdokumentation Netzwerk / Betreuungsplan inkl. Notfallplan**







**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:**



**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 Interventionen**

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  Nein  Ja

Weitere Massnahmen (z.B. Dialyse):

Datum:

Name und Unterschrift Patientin/Patient:

Unterschrift Ärztin/Arzt:



### **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                  |   |