

Plan für Krisen und Notfälle - Palliativer Behandlungsplan

(durch Arzt/Ärztin und Betreuungsperson auszufüllen)

Name	Geburtsdatum
------	--------------

Medizinischer Hintergrund	
Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen:	
<p>Eine Verbesserung ist nicht mehr zu erwarten. Die Situation erfordert ein überwiegend palliatives Betreuungskonzept.</p>	
Cardiopulmonale Reanimation ist der Situation angemessen:	Verlegung in ein Krankenhaus bei Verschlechterung:
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Eher ja <input type="radio"/> Eher nein

Entscheidungshintergrund				
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit ist gegeben	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Überwiegend ja	<input type="radio"/> Überwiegend nein	<input type="radio"/> Nein
Patientenverfügung liegt vor	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Vorsorgevollmacht ist erteilt	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Sachwalterschaft liegt vor	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Hinweise für Ablehnung medizinischer Maßnahmen durch Patient/Patientin (mutmaßlicher Patientenwille)	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Keine	
Anmerkungen:				

Die Angehörigen sind über die Situation informiert	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Anmerkungen:		

Behandlungsplan für mögliche Symptome

(ist individuell festzulegen)

Indikation	Medikament/Verabreichungsform	Dosis in mg/Verabreichungsweg	max. Tagesdosis/zeitl. Abstand zwischen Einzelgaben
O Schmerzen			
O Atemnot			
O Unruhe/Angst			
O Übelkeit/Erbrechen			
O Rasselatmung			
O Andere: (Z.B. Fieber, Delir, epilept. Anfall)			

Hauptbezugsperson(en): (Name/n, Telefonnummer/n, Funktion)	
--	--

Hausarzt/Hausärztin: (Name, Telefonnummer)	
Hausarztvertretung: (Name, Telefonnummer)	

Unterschrift Arzt/Ärztin:

Datum:

Hospiz-Hotline: 0810 969 878