



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



palliative.so
gemeinsam kompetent

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?	Nein anderes:
Patientenverfügung vorhanden?	Ja Nein beiliegend
Stellvertreter 1	
Stellvertreter 2	
Vorsorgeauftrag erstellt	Ja Nein
Beistand für	Personensorge Vermögenssorge Rechtsverkehr
Testament erstellt	Ja Nein
Bemerkungen	
Bestehen Hinweise für/gegen medizinische Massnahmen?	Keine
Besonderes	Verlegung ins Spital Nein eher nein eher ja Ja
	Antibiotika Nein Ja, zur Symptomlinderung
	Künstliche Ernährung Nein eher nein Ja
	Hydrierung Nein eher nein Ja
Bemerkungen	

Netzwerk (Kontakte)			S E N S
Informelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Angehörige / Nahestehende	1.		tagsüber immer
	2.		tagsüber immer
	3.		tagsüber immer
Bemerkungen			
Professionelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Spitex / ambulante Dienste			
Hausarzt			tagsüber 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.		tagsüber immer
	2.		tagsüber immer
	3.		tagsüber immer

Ist Entscheidungsfähigkeit vorhanden?	Ja	eher ja	eher nein	Nein
Bemerkungen				

Krankheits- und Prognoseverständnis						
Krankheits- und Prognoseverständnis vorhanden?	Ja	teilweise	eher nein	Nein	unbekannt	
(Einschätzung durch Fachperson)						
Bemerkungen						
Erfasst von	Name Arzt:			Datum:		
	Name Pflege:			Datum:		
	Weitere:			Datum:		
	Mit Patient / Patientin besprochen:		Ja	Nein	Datum:	
	Mit Angehörigen besprochen:		Ja	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

Quelle: © modifiziert nach «Palliativer Betreuungsplan®» *palliative ostschweiz*

Symptomerfassung

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

* Ein neuer Plan kann unter: www.palliative-so.ch heruntergeladen werden oder via E-Mail: info@palliative-so.ch angefordert werden.

Herausgeber:

Verein palliativ.so, Patriotenvweg 10A, 4500 Solothurn, T 077 522 29 84, www.palliative-so.ch, info@palliative-so.ch

Urheberrecht:

Änderungen im Dokument «Palliativer Betreuungsplan®» sind nur in Absprache mit *palliative ostschweiz* möglich (info@palliative-ostschweiz.ch oder T 071 245 80 80).