



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



# Palliativer Betreuungsplan<sup>©</sup> PBP

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

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

<b>Entscheidungsfindung</b>	<b>S E N S</b>
Reanimation (kardiopulmonal) gewünscht?	<input type="checkbox"/> Nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> anderes:</span>
Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nein</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> beiliegend</span>
Stellvertreter 1	
Stellvertreter 2	
Vorsorgeauftrag erstellt	<input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
Beistand für	<input type="checkbox"/> Personensorge <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Vermögenssorge</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Rechtsverkehr</span>
Testament erstellt	<input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
Bemerkungen	
Bestehen Hinweise für/gegen medizinische Massnahmen?	<input type="checkbox"/> Keine
Besonderes	Verlegung ins Spital <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> eher nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> eher ja</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ja</span>
	Antibiotika <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ja, zur Symptomlinderung</span>
	Künstliche Ernährung <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> eher nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ja</span>
	Hydrierung <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> eher nein</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ja</span>
Bemerkungen	

Netzwerk (Kontakte) <span style="float: right;">S E N S</span>		
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 <span style="float: right;">S E N S</span>		
	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 <span style="float: right;">S E N S</span>		
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

### Symptomerfassung

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

#### Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Dr. med. Charlotte Bigler, Hausärztin

Jeannette Brändle, Pflegefachfrau DN1

Dr. med. Daniel Büche, MSc, Innere Medizin, Palliativmedizin

Barbara Grossebacher-Gschwend, dipl. Pflegefachfrau und Ausbilderin FA

Dr. med. Esther Henzi, Hausärztin

Dr. med. Roman Inauen, Facharzt Onkologie, Innere Medizin, Palliativmedizin (Leitung der AG)

Myrta Keiser, Dipl. Pflegefachfrau HF

Dr. med. Thomas Langer, Hausarzt

Katharina Linsi, Leiterin Geschäftsstelle palliative ostschweiz

Dr. med. Christine Luginbühl, Aertzin Allgemeinmedizin

Petra Neff, Leiterin Palliative Plus

Renate Praxmarer, Co-Leitung Pall. Brückendienst SG AR AI

Dr. med. Marianne Rechsteiner, Hausärztin

#### Urheberrecht:

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