

Gesundheitliche Vorausplanung



Behandlungsplan vom _____ (Datum)

Patientin/Patient, Geburtsdatum, Adresse		
<hr/> <hr/>		
Wichtige Bezugspersonen (Stellvertretung ankreuzen)		Erreichbarkeit
Nachname, Vorname	Art der Beziehung	Telefon/E-Mail
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
Wichtige Fachpersonen, weitere Ansprechpersonen		Erreichbarkeit
Nachname, Vorname bzw. Institution	Funktion	Telefonnummer/E-Mail Zeiten (z.B. 24h, tagsüber)
	Hausärztin/Hausarzt	
	Fachärztin/Facharzt	
	Spitex	
	Spitexpress	
	SEOP/ Palliativ- und Onko-Spitex	
Relevante Diagnosen / Wichtige Informationen (max. 805 Zeichen > S.3)		
Behandlungsziele und Wünsche der Patientin/des Patienten (ggfs. mutmasslicher Wille) (Gespräche: Datum, Beteiligte, Inhalt. Max. 805 Zeichen > S.3)		
Entscheidungsfindung Akutmassnahmen (muss nur ausgefüllt werden, wenn keine ÄNA)		
		Bemerkungen
Wiederbelebung/Reanimation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Intubation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Intensivstation mit Intubation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
ohne Intubation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Einweisung ins Spital	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Vorausplanung weiterer med. Interventionen z.B. Antibiotika, EC/TC-Transfusion, künstliche Ernährung (Sonde, parenteral), Dialyse		Kommentar
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gewünschter Sterbeort bei Verschlechterung / Lebensende		
		Nähere Angaben: Name des stationären Settings, Voranmeldung, etc.
<input type="checkbox"/> zu Hause		
<input type="checkbox"/> Pflegeheim		
<input type="checkbox"/> Spital		
<input type="checkbox"/> Spezialisierte Palliative Care Institution		
Dokumente Gesundheitliche Vorausplanung		
		Bemerkungen z.B. Hinterlegungsort, Vertretungsperson Erstellungsdatum, sofern vorhanden
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	
Ärztliche Notfallanordnung (ÄNA)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	
Vollmacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	
Beiständin/Beistand		
<input type="checkbox"/> finanziell/administrativ	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	
<input type="checkbox"/> medizinisch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	

Erstellung Behandlungsplan

Der Behandlungsplan wurde besprochen:

- Patientin/Patient
- Angehörige: Name: _____
- Vertretungsperson: Name: _____

Der Behandlungsplan wurde erstellt:

Institution, Name, Vorname Pflegefachperson:

Institution, Name, Vorname Ärztin/Arzt:

Ort, Datum, Unterschrift:

Stempel Ärztin, Arzt / Institution

Folgende Fachperson(en) wurde(n) über den Behandlungsplan informiert:

- Hausärztin/Hausarzt
- Fachärztin/Facharzt
- Spitex
- Spitexpress
- SEOP/Palliativ- und Onko-Spitex
- _____

Name Patientin/Patient _____

Zusätzliche Informationen, Bemerkungen:

Hier können beispielsweise zusätzliche Diagnosen oder Kommentare aufgeführt werden.

Name Patientin/Patient _____