

# 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"/>	
Wichtige Fachpersonen, weitere Ansprechpersonen		Erreichbarkeit
Nachname, Vorname bzw. Institution	Funktion	Telefonnummer/E-Mail Zeiten (z.B. 24h, tagsüber)
	Hausärztin/Hausarzt	
	Fachärztin/Facharzt	
	Spitex	
	MPD BL - SEOP	
	Palliativ- & Onko-Spitex BS	
	MPCT BS	
Relevante Diagnosen / Wichtige Informationen (max. 800 Zeichen → S. 3)		
Behandlungsziele und Wünsche der Patientin/des Patienten (ggfs. mutmasslicher Wille) (Gespräche: Datum, Beteiligte, Inhalt. Max. 680 Zeichen → S. 3)		
Entscheidungsfindung Akutmassnahmen (muss nur ausgefüllt werden, wenn keine ÄNA)		
		Bemerkungen
Wiederbelebung/Reanimation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Intensivstation mit Intubation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Intensivstation ohne Intubation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Einweisung ins Spital	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Vorausplanung weiterer med. Interventionen</b> z.B. Antibiotika, EC/TC-Transfusion, künstliche Ernährung (Sonde, parenteral), Dialyse		<b>Kommentar</b>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Gewünschter Sterbeort bei Verschlechterung / Lebensende</b>		
	<b>Nähere Angaben:</b> 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		
<input type="checkbox"/> andere		
<b>Dokumente Gesundheitliche Vorausplanung</b>		
		<b>Bemerkungen</b> 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
- Palliativ- & Onko-Spitex BS/MPCT BS
- MPD BL - SEOP
- \_\_\_\_\_

Name Patientin/Patient \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Informationen, Bemerkungen:**

Hier können beispielsweise zusätzlich Diagnosen, Änderungen gegenüber Vorversionen etc. aufgeführt werden.

Name Patientin/Patient \_\_\_\_\_