

Gesundheitliche Vorausplanung



Behandlungsplan vom _____ (Datum)

Angaben Patientin/Patient		
Name/Geburtsdatum		
Adresse		
Wichtige Bezugspersonen (Stellvertretung ankreuzen)		Erreichbarkeit
Nachname, Vorname	Art der Beziehung	Telefon/E-Mail
Wichtige Fachpersonen, weitere Ansprechpersonen		Erreichbarkeit
Nachname, Vorname bzw. Institution	Funktion	Telefonnummer/E-Mail Zeiten (z.B. 24h, tagsüber)
Relevante Diagnosen / Wichtige Informationen (max. 580 Zeichen → S. 3)		
Behandlungsziele und Wünsche der Patientin/des Patienten (ggfs. mutmasslicher Wille) (Gespräche: Datum, Beteiligte, Inhalt. Max. 580 Zeichen → S. 3)		
Entscheidungsfindung Akutmassnahmen (muss nur ausgefüllt werden, wenn keine ÄNA)		
		Bemerkungen
Wiederbelebung/Reanimation	☐ Ja ☐ Nein	
Intensivstation mit Intubation	☐ Ja ☐ Nein	
Intensivstation ohne Intubation	☐ Ja ☐ Nein	
Einweisung ins Spital	☐ Ja ☐ Nein	

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

Erstellung Behandlungsplan

Der Behandlungsplan wurde besprochen/unterschrieben:

- ☐ 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
- ☐ Palliative & Onko-Spitex BS/MPCT BS ☐ MPD BL – SEOP ☐ _____

Name Patientin/Patient, Geb. Datum

Zusätzliche Informationen, Bemerkungen:

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