

Palliativer Behandlungsplan für

Name

Geb. Datum

Adresse

Ort, Datum

Bei _____, geboren am _____,

ist aufgrund der Schwere der Erkrankung und des hohen Alters, sowie des Wunsches des Patienten ein palliativer Behandlungsplan beschlossen worden.

_____ möchte nach den Grundsätzen der Palliativmedizin bestmöglich in ihrem/seinem gewohnten Umfeld medizinisch versorgt und gepflegt werden.

Es besteht der Wunsch in Würde und ohne Angst und Schmerzen sterben zu dürfen.

Eine entsprechende Patientenverfügung liegt vor

Eine Vorsorgevollmacht liegt vor

Ich möchte, wenn möglich keine Krankenhausbehandlung

Ich möchte keine unnötigen lebensverlängernden Maßnahmen

Ich wünsche nicht reanimiert zu werden

Eine Betreuung liegt vor

Die Nächsten Angehörigen/ Pflegenden sind:

Bei Komplikationen sollen/ können folgende Stellen kontaktiert werden:

Hospizverein

Palliativverein SAPV

SAPV Kaufbeuren-Ostallgäu

Tel.: 08341 - 966 76 76,

Fax: 08341 - 966 76 79

Tel.: 0831 – 5302498,

Ambulante Palliativversorgung Kempten-Oberallgäu

Arzt

Bereitschaftsarzt

116 117

Notarzt

112

Pfarrer

Folgende Komplikationen können auftreten:

Unruhe - Angst - Schmerzen - Atemnot

Arzt

Ort, Datum

Palliativmedizinischer Notfallplan für

Name:

geb. Datum

Diagnosen:

2. Medizinische Hilfsmittel:

- Herzschrittmacher
- Port
- Künstlicher Körperöffnung
- sonstige

3. Absprachen/Verfahrensanleitungen (Reanimation, Flüssigkeitszufuhr etc...)

	JA	NEIN
Reanimation		
Flüssigkeitszufuhr		
Antibiotikum		

4. Gewünschte Behandlung in einer Lebensbedrohlichen Situation bei vorhandener Herz-Kreislauf-

Funktion:

- Maximale Therapie:**
Volle medizinisch gebotene und mögliche Behandlung inkl. Künstlicher Beatmung, Intensivtherapie etc.
- Begrenzte Therapie (Basistherapie):**
Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig, jedoch keine künstliche Beatmung od. Intensivtherapie.
- Nur lindernde (palliative) Maßnahmen:**
Keine lebenserhaltende Therapie, ausschließlich Beschwerden Linderung und Schmerztherapie, beruhigende Therapie bei Atemnot etc.

5. Notfallmedikamente:

siehe Medikamentenplan

6. Notfallsituationen (KH-Einweisung Ja/Nein):

Notfallsituation:	Vorgehensweise + KH Einweisung Ja/Nein:
Sturz (starke Blutung)	Geringe Verletzungen -> Wundverband, Hausarzt o. KV Dienst verständigen. Größere Verletzung o. v.a. Fraktur -> KKH mit Rettungswagen
Krampfanfall	Bedarfsmedikation (z.b. Bucolam) verabreichen und oder Rettungsdienst verständigen, pall. Behandlung wenn möglich vor Ort
O2-Mangel	Bedarfsmedikation (Morphin, Buprenorhin, Diazepam, Bucolam), Hausarzt/ KV Arzt verständigen
Aspiration Speisebrei i. d. Atemwegen	Bedarfsmedikation verabreichen. Hausarzt/ KV Arzt verständigen.
v.a. zerebraler Insult Schlaganfall	Hausarzt/ KV Arzt verständigen
Pneumonie / Lungenentzündung	Hausarzt/ KV Arzt verständigen

Die hier vorgeschlagenen Medikamente sollten NUR vorrätig sein, wenn die entsprechende Situation wahrscheinlich eintritt oder bereits eingetreten ist!

Bitte auch immer folgende Angehörige informieren:

7. Zusammenfassung:

- O Alle oben genannten Maßnahmen wurden mit Dr. _____
mit den Angehörigen/Betreuer
und dem betreffenden Martin Mustermann besprochen und im gemeinsamen Einvernehmen
entschieden.

- O Die Patientenverfügung (sofern vorhanden), wurde bei allen beschriebenen Maßnahmen
berücksichtigt.

Dieses Dokument gilt als Leitfaden, falls ein oder mehrere der o.g. Komplikationen in der Sterbephase des o.g.
Bewohners eintreten sollten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Bewohner

Ort, Datum

Unterschrift/Angehöriger/Betreuer

Ort, Datum

Unterschrift/ Arzt