Eintrittsformular incl. Reservemedikation **Datum Aktualisierung:**

**1.Kontaktangaben Patient/in**

Herr [ ]  Frau [ ]

Name:       Vorname:

Geburtsdatum:       AHV-Nr.:

Strasse:       PLZ, Ort:

Tel.-Nr.:       E-Mail:

Krankenkasse:       Versicherungsklasse: allg [ ]  hp [ ]  p [ ]

Konfession: [ ] keine [ ]  kath [ ]  ref. [ ]  andere:

**Wichtige Kontaktpersonen (inkl. Telefonnummer)**

**Familiäre Bezugsperson**

Name:       Bezug zum Bewohner:

Adresse:       Tel. (privat):

E-Mail:       Tel. (Mobile)

**Vertretungsberechtigte Person**

Name:       Bezug zum Bewohner:

Adresse:       Tel.-Nr.:

**Benachrichtigung bei Todesfall:**

Name:       [ ]  tagsüber (07:00 -22 Uhr)

Tel.-Nr.:       [ ]  ganztags

**Fachpersonen**

[ ]  Hausarzt

Name:       Tel. Praxis:

Praxis:       E-Mail:

PLZ, Ort:

[ ]  Weitere Ärzte bzw. Vertretung HA

Name:       Tel. Praxis:

Praxis:       E-Mail:

PLZ, Ort:

[ ]  Spitex

Name:       Tel.-Nr.:

 E-Mail:

[ ]  Pallifon: Tel.-Nr.: 0844 148 148

**2.Grundsatzentscheide – Verfügungen**

Erwartungen des Patienten:

Behandlungsziele:

**Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag** abgelegt bei/ in:

Patienten-Verfügung: Ja\* [ ]  Nein [ ]  zum Ausfüllen abgegeben [ ]

Vorsorgeauftrag: Ja\* [ ]  Nein [ ]  zum Ausfüllen abgegeben [ ]

**Ärztliche Notfallverordnung**

(mit Patient und Angehörigen besprochen, muss mit Patientenverfügung kongruent sein)

Spitaleinweisung Nein [ ]  Ja [ ]  Anmerkungen:

**Therapieziel A: Lebensverlängerung**

[ ]  A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen

incl. CPR (cardiopulmonale Reanimation)

**Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen:**

[ ]  B0: keine CPR (Herzkreislauf Wiederbelebung)

[ ]  B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung (Beatmungsschlauch)

[ ]  B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine Intensivmedizin

**Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung**

[ ]  C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort

**Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen**

Unter folgenden Bedingungen:

Antibiotika Nein [ ]  Ja [ ]

Bluttransfusion Nein [ ]  Ja [ ]

Künstliche Ernährung

- enteral Nein [ ]  Ja [ ]

- parenteral Nein [ ]  Ja [ ]

Anti-Tumor-Therapie Nein [ ]  Ja [ ]

Weitere Massnahmen Nein [ ]  Ja [ ]

 (z.B. Dialyse)

Datum:       Unterschrift u. Stempel Arzt/Ärztin

Datum:       Unterschrift Patient/

vertretungsberchtigte Person

**3. Diagnosen und Massnahmen** Medizinische

Hauptdiagnosen:

**Palliative Problemliste (SENS)**

**Weitere medizinisch-pflegerische Massnahmen für Komplikationen/Probleme:**

Ernährung, Flüssigkeitszufuhr: Mundpflege, PEG, Magensonde, parenterale Ernährung

Hautverhältnisse, Juckreiz, Wunden, Dekubitus

Weitere Probleme (z.B. Aszites, Ödeme)

**Anhänge / vorliegende Dokumente:**

[ ]  Medikamentenliste

[ ]  Letzter Austrittsbericht

[ ]  Vorsorgeauftrag

[ ]  Kopie an:

**Palliative Reservemedikation**

Die aktuelle Medikation wurde geprüft und unnötige Medikamente abgesetzt: [ ]  Ja [ ]  Nein

Aktuelle Medikamentenliste im Anhang: [ ]  Ja [ ]  Nein

Name des Patienten:       Geburtsdatum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| START / Visum Arzt | Reservemedikation in der Palliativsituation | STOP / Visum Arzt |
|  | Schmerz | Übliche Dosierung | Innerhalb von 24 h | Anmerkungen |  |
|  | [ ]  Morphin Lösung 2% Tropfen | 3-5 Tropfen p.o. | bis 1-stündlich |  |  |
|  | [ ]  Morphin 10 mg Amp. | 1-2.5 mg s.c. | bis 1-stündlich |  |  |
|  | [ ]  Min. 1/10 der bisherigen Tagesdosis bei Vorbehandlung mit Opiaten |  |  |  |  |
|  | [ ]  Anderes:       |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Angst |  |  |  |  |
|  | [ ]  Temesta 1 mg Tabl. | 1 mg p.o. | bis 1-stündlich, max. 8x/d |  |  |
|  | [ ]  Dormicum 5 mg/5ml Amp. | 0.5-1mg s.c. | bis 1-stündlich |  |  |
|  | [ ]  Anderes:       |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Unruhe / Delir |  |  |  |  |
|  | [ ]  Haldol Tropf. 2 mg/1 ml (10 Tropf. =1 mg) | 3-5 Tropf. p.o. | bis 1-stündlich, max. 6x/d |  |  |
|  | [ ]  Haldol Amp. (5 mg / ml) | 0.5 mg s.c. (=0.1 ml) | bis 1-stündlich, max. 6x/d |  |  |
|  | [ ]  Bei massiver Unruhe 3 Dosen Haldol, dann 1 Dosis Benzodiazepine (Temesta od. Dormicum)  |  |  |  |  |
|  | [ ]  Anderes:       |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Atemnot |  |  |  |  |
|  | [ ]  Morphin Lösung 2 % (1 Tropfen = 1 mg) | 2-5 Tropf. p.o. | bis alle 20 min |  |  |
|  | [ ]  Morphin Amp. (10 mg / 1 ml) | 1–2.5 mg s.c | bis alle 20 min |  |  |
|  | [ ]  Temesta 1 mg Tabl. | 1 mg p.o. | bis 1-stündlich |  |  |
|  | [ ]  Dormicum Amp. (5 mg/ml) | 1 mg s.c. | bis alle 20 min |  |  |
|  | [ ]  Anderes:       |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Übelkeit/Erbrechen |  |  |  |  |
|  | [ ]  Motilium lingual 10 mg | 1 Tabl. p.o. | Max. 3x/d |  |  |
|  | [ ]  Paspertin Trpf. (30 Trpf. = 10 mg) | 30 Tropf. p.o. | Max. 6x/d |  |  |
|  | [ ]  Paspertin Amp. (10 mg / 2 ml) | 10 mg s.c. | Max. 6x/d |  |  |
|  | [ ]  Haldol Trpf. 2 mg / 1 ml (10 Tropfen = 1 mg) | 3-5 Tropf. p.o. | Max. 6x/d |  |  |
|  | [ ]  Haldol Amp. (5 mg / 1 ml) | 0.5 mg s.c. | Max. 6x/d |  |  |
|  | [ ]  Anderes:       |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Obstipation |  |  |  |  |
|  | [ ]  Movicol Sach. | 1 Sach. In 125 ml (Morgens) | Max. 2x/d |  |  |
|  | [ ]  Laxoberon Tropf. | 10-20 Tropf. (abends) | Max. 20 Tropf./d |  |  |
|  | [ ]  Bulboïd Supp. | 1 Supp rectal | Max. 2-3x/d |  |  |
|  | [ ]  Anderes:       |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Rasselatmung |  |  |  |  |
|  | [ ]  Buscopan Amp. (20 mg / 1 ml) | 20 mg s.c. | Bis max. 6x/d |  |  |
|  | [ ]  Anderes:       |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Epileptischer Krampfanfal |  |  |  |  |
|  | [ ]  Midazolam Nasenspray (Magistralrezeptur) | 2 Hübe pro Nasenloch (~2 mg) | max. 2-3 x/d |  |  |
|  | [ ]  Dormicum Amp. (5 mg / ml) | 2 mg s.c. | max. 2-3 x/d |  |  |

|  |
| --- |
| Diese Verordnung gilt für alle hier aufgeführten Medikamente inkl. Dosierung (Einzelne Medikamente streichen möglich) |
| Datum:      | Unterschrift Arzt:      |

Anmerkungen

* Die frühzeitige Verordnung von Bedarfsmedikationen für möglich auftretende Symptome in der Sterbephase gewährleistet dem Behandlungsteam ein rasches Reagieren rund um die Uhr.
* Bei älteren Patienten und bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung von Morphin geboten.
* Die ideale Verabreichungsform ist subcutan.
* Die Information der Angehörigen über die verschiedenen Symptome in der Sterbephase und deren Linderungsmöglichkeiten ist unerlässlich.