Eintrittsformular **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: