

Palliativer Behandlungsplan



Name, Vorname: _____ geb.: _____

Adresse: _____

Diagnosen: _____

Die kurativen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft. Zum weiteren Vorgehen wurden folgende Punkte mit der Patientin / dem Patienten oder dem Bevollmächtigten / Betreuer festgelegt. Sie / Er ist über Diagnose und Prognose aufgeklärt.

Absprachen (Zutreffendes bitte ankreuzen, Unterschrift von Pat. oder Vertreter (Bevollmächtigter/Betreuer) notwendig)

Folgende **Maßnahmen** sollen **nicht** mehr durchgeführt werden:

- Intubation Reanimation _____ _____

Eine **Krankenhouseinweisung** sollte nur dann erfolgen, wenn sie einer Beschwerdelinderung dient, die im häuslichen Bereich nicht durchgeführt werden kann:

- trifft zu trifft **nicht** zu

Es existiert eine **Patientenverfügung** u./o. eine **Vorsorgevollmacht**:

- trifft zu trifft **nicht** zu

Datum, Unterschrift: _____

mögliche Komplikationen	individuelle Medikation
akute Atemnot	
akute Schmerzexazerbation	
Übelkeit/Erbrechen	
Unruhezustände	

10-20

Krisensituationen:

- Mit **SAPV** einverstanden? trifft zu trifft **nicht** zu

Datum, Unterschrift, ggf. Stempel des ausfüllenden Arztes

Individuelle Absprachen

Ehrenamtliche Hospizbegleiter	
Ambulanter Hospizdienst der Caritas, Traunstein	0861 / 98877-920
Hospizverein BGL	08651 / 7666299
Netzwerk Hospiz e.V. und gGmbH	
Brückenschwestern Traunstein / SAPV - Team	0861 / 909612-0
Brückenschwestern BGL / SAPV - Team	0861 / 909612-0
Ethikberatung	0861 / 909612-0
Palliativstationen / Palliativberatung	
Klinikum Traunstein	0861 / 705-2310
Kreiskrankenhaus Bad Reichenhall	08651 / 772-430
Wichtige Telefonnummern für den Notfall	
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116117
Notarzt, Rettungsdienst	112

Wichtige Telefonnummern