



- S** = Symptomkontrolle
- E** = Entscheidungsfindung
= end of life/Lebensende
- N** = Netzwerk
- S** = Support

Palliativer Betreuungsplan[®] PBP

| Personalien | |
|--------------------|--|
| Name / Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Muttersprache | |
| Deutschkenntnisse: | keine wenig genügend gut |
| Erstellt | am: <input style="width: 150px;" type="text"/> von: <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| | Institution: <input style="width: 300px;" type="text"/> |

| Hauptdiagnosen / -anliegen | S E N S |
|---|----------------|
| Hauptdiagnose | |
| Relevante Nebendiagnosen | |
| Hauptanliegen des Patienten/ der Patientin | |
| Vordergründige Probleme | |
| Bemerkungen | |

| Symptome | S E N S |
|---|----------------|
| Empfehlung: Die Symptomerfassung erfolgt bei Bedarf über weitere Assessmentinstrumente: z.B. modifiziertes Edmonton Symptom Assessment-System (ESAS) | |
| Bemerkungen | |
| Allergien/Unverträglichkeiten | |
| Allergiepass vorhanden? | ja nein |

| Entscheidungsfindung | | | | S E N S |
|---|------|----------------------|---|------------------------------|
| Patientenverfügung | ja | nein | Sollte beim Patienten / bei der Patientin sein! | |
| Vorsorgeauftrag | ja | nein | abgelegt bei/in: | |
| Stellvertreter 1 | | | | |
| Stellvertreter 2 | | | | |
| Beistandschaft | ja | nein | Wer: | Für was: |
| Bemerkungen | | | | |
| Ärztliche Notfallversorgung | | | | |
| Spitaleinweisung | nein | eher nein | eher ja | ja |
| Anmerkungen (bspw. wo und welche Situation) | | | | |
| Wenn häusliche Versorgung nicht mehr möglich (Wünsche?) | | | | |
| Therapieziel A: Lebensverlängerung | | | | |
| A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen inkl. CPR (cardiopulmonale Reanimation) | | | | |
| Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen | | | | |
| B0: keine CPR | | | | |
| B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung, intensivmedizinische Behandlung möglich | | | | |
| B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine intensivmedizinische Behandlung gewünscht | | | | |
| Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung | | | | |
| C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort | | | | |
| Mit Patient / Patientin Angehörigen besprochen | | | | |
| Datum: | | Name / Unterschrift: | | |
| Verordnet durch (Arzt / Ärztin) | | | | |
| Datum: | | Name / Unterschrift: | | |
| Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen | | | | unter folgenden Bedingungen: |
| Notfalldiagnostik (Labor, Röntgen etc.) | ja | nein | | |
| Antibiotika | ja | nein | | |
| Bluttransfusionen | ja | nein | | |
| Flüssigkeitsersatz (enteral, parenteral) | ja | nein | | |
| Künstliche Ernährung (enteral, parenteral) | ja | nein | | |
| Antitumorthherapie | ja | nein | | |
| Weitere Massnahmen (z.B. Dialyse, Sauerstoff) | ja | nein | | |
| Bemerkungen: | | | | |
| Mit Patient / Patientin Angehörigen besprochen | | | | |
| Datum: | | Name / Unterschrift: | | |
| Verordnet durch (Arzt / Ärztin) | | | | |
| Datum: | | Name / Unterschrift: | | |

| Lebensende /end of life | | S E N S |
|---|--|---------|
| Grösste Kraftquelle / Ressource | | |
| Wünsche am Lebensende / Unerledigtes | | |
| Spezielles | | |

| Netzwerk (Kontakte) | | | S E N S |
|--|---------------------------------------|--|---------|
| Erfassung optional, falls anderweitig erfasst, wo erfasst: | | | |
| Informelles Netzwerk | Namen | Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail) | |
| Angehörige | Name: Beziehung: | immer tagsüber im Todesfall | |
| | Name: Beziehung: | immer tagsüber im Todesfall | |
| | Name: Beziehung: | immer tagsüber im Todesfall | |
| Bemerkungen | | | |
| Professionelles Netzwerk | Namen | Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail) | |
| Spitex/ambulante Dienste | | | |
| Hausarzt/-ärztin | tagsüber immer | | |
| Hospiz- und Freiwilligendienst | | | |
| Seelsorge/Konfession | | | |
| Psychologische Begleitung | | | |
| Sozialdienst | | | |
| MPCD Mobiler Palliative Care Dienst | SEOPpalliative Krebsliga Schaffhausen | 079 635 25 84 / seop@krebsliga-sh.ch | |
| Facharzt/-ärztin | | | |
| Hospiz | Kompetenzzentrum Schönbühl SH | 052 630 32 25 / hospiz@schoenbuehl-sh.ch | |
| PKD Palliativer Konsiliardienst | PKD Spitäler Schaffhausen | 052 634 85 70 / palliative@spitaeler-sh.ch | |
| Weitere | | | |

| Support | | | S E N S |
|-------------------------|-------|--|---------|
| | Namen | Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail) | |
| Für die Angehörigen | | | |
| Für das betreuende Team | | | |
| Bemerkungen | | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| Erfasst von | Profession: Arzt/Ärztin Pflege Weitere: |
| | Name/Unterschrift: |
| | Datum: |
| Mit Patient / Patientin besprochen | ja nein Datum: |
| Mit Angehörigen besprochen | ja nein Datum: |
| Falls Übersetzung notwendig | Name/Unterschrift: |
| | Telefon-Nr. |
| | E-Mail: |
| Dokument digital versendet an | |
| Bemerkungen | |

Quelle: © modifiziert nach «Palliativer Betreuungsplan®» *palliative ostschweiz*

Bitte bei relevanten Änderungen den Plan unter neuem Datum abspeichern und ausgedruckt bei Patientin/Patient ablegen. Danke.

Eine neuer PBP kann unter: www.koordinationpalliative-sh.ch heruntergeladen werden oder via E-Mail: info@koordinationpalliative-sh.ch angefordert werden.

Herausgeber:

Verein palliative-schaffhausen.ch, Geschäftsstelle palliative-schaffhausen.ch, c/o Dr. med. Giskard Wagner, Langenmooserstrasse 6, 8467 Truttikon, www.koordinationpalliative-sh.ch, info@koordinationpalliative-sh.ch

Mitglieder der Arbeitsgruppe: Nicole Acklin, Karin Strickler, Lea Tanner, Giskard Wagner, Heiner Gujer, Martin Bösch

Urheberrecht:

Änderungen durch Dritte am Palliativen Betreuungsplan SH sind nur in Absprache mit *palliative ostschweiz* möglich. (info@palliative-ostschweiz.ch oder 071 245 80 80)