

# Medikamentenplan für Palliativpatienten

Name Patient:		Geburtsdatum:	
---------------	--	---------------	--

## Individuelle Anpassung und Überwachung durch behandelnden Arzt

Medikament	__ : __ Uhr	__ : __ Uhr	__ : __ Uhr	__ : __ Uhr	Indikation/Anwendung	Datum	Arzt
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

### Bedarfsmedikamente

Medikament	Einzel-dosis	Maximal-dosis	Darreich-ungsform	Bedarf bei	Mindest-abstand	Datum	Arzt
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

# Therapieziel und Notfallplanung für Palliativpatienten

Name, Vorname des Patienten	<b>Wesentliche Diagnosen/Grundkrankheit</b> 1.	<b>Hausarzt:</b>	<b>Notruf-Nr.:</b>
Geburtsdatum	2.	<b>Sozialstation/Pflege:</b>	<b>Notruf-Nr.:</b>
Adresse		<b>Hospizverein:</b>	<b>Notruf-Nr.:</b>
<b>Ansprechpartner/Bevollmächtigter/ Betreuer</b>	<input type="checkbox"/> Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten/mutmaßlichen Willen des Patienten	Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kopie liegt bei <input type="checkbox"/>	
<b>Telefonnummer</b>	<input type="checkbox"/> Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht/Betreuung vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kopie liegt bei <input type="checkbox"/>	
<b>Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:</b>			
Reanimation (Wiederbelebung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In Notfällen den Hausarzt/ die Hausärztin anrufen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Intubation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Symptomlinderung soll vorrangig zu Hause/im Pflegeheim erfolgen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Transfusionsbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Der Patient darf in der nächsten Krise versterben		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diagnostik bei Fieber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Der Wunsch des/der Patientin ist es, zu Hause/im Pflegeheim zu bleiben. Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant nicht durchgeführt werden können.</b>		
PEG bei Schluckstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	weitere geäußerte Wünsche:		
Bemerkungen:			
Namen:			
Datum/Unterschrift Patient/Bevollmächtigter	Datum/Unterschrift	Hausarzt	Leitung Pflege Hospizverein