Kantonsspital St.Gallen

Kantonsspital St. Gallen
Palliativzentrum
CH-9007 St. Gallen
Tel. +41 71 494 35 50
palliativzentrum@kssg.ch
www.kssg.ch/palliativzentrum

Pflegerische Bedürfnisse

Pflegerische Bedürfnisse

Name / Vorname .....

Geburtsdatum .....

Strasse .....

PLZ / Wohnort .....

Liebe Patientin
Lieber Patient

In diesem Dokument „Pflegerische Bedürfnisse“ formulieren Sie Ihre Bedürfnisse, die im Moment für Sie wichtig sind.
Damit möchten wir Ihre Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase aufnehmen. Das ist für uns vor allem dann wichtig, wen Sie sich nicht mehr selber äussern können.

Wir werden uns bemühen, Ihre Angaben stets auf deren Aktualität zu überprüfen, damit wir Sie entsprechend Ihren Wünschen und Gewohnheiten betreuen können.

Es ist uns bewusst, dass dieses Dokument sehr ausführlich ist – beantworten Sie diejenigen Punkte, die für Sie wichtig sind.

Mit den Informationen dieser Dokumentation werden wir vertraulich umgehen.
Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Folgende Beratungspersonen haben Sie dabei unterstützt:

Name / Funktion: .....

Name / Funktion: .....

Berührungen und Körperkontakt

Im Falle einer Verschlechterung meines Allgemeinzustandes und / oder meiner Bewusstseinslage möchte ich folgendermassen angesprochen bzw. geweckt werden
(z.B. vor pflegerischen Angeboten / Verrichtungen)

☐ durch eine klare und eindeutige Ansprache mit Name / Vorname: .....

☐ durch eine Berührung an

☐ Schulter ☐ Hand ☐ Kopf ☐ Arm

☐ .....

☐ durch einen normalen Händedruck

Ich habe folgende empfindsame Körperstellen

.....

.....

Körperpflege und Wohlbefinden

Meine Wünsche für die Körperpflege

Wassertemperatur:	☐ kalt	☐ lauwarm	☐ warm	☐ heiss
Häufigkeit:	☐ täglich	☐ jeden 2. Tag	☐ alle __ Tage	
Zeitpunkt:	☐ morgens	☐ abends	☐	
Pflegeprodukte:	☐ Duschgel	☐ Seife	☐ Bodylotion	☐ Parfüm
	☐			
Rasieren:	☐ nass	☐ trocken		
	☐ alle __ Tage			
Zahnpflege:	☐ Produkt:			
	☐ Häufigkeit: __ mal am Tag, Zeitpunkt:			

Gewünschte Kleidung

Tagsüber:	☐ eigene Kleidung	☐ eigenes Pyjama / Nachthemd	☐ Spitalnachthemd
Nachts:	☐ eigenes Pyjama / Nachthemd		☐ Spitalnachthemd

Lieblingskleidungsstücke: ……

Wünsche für das allgemeine Wohlbefinden und was mir guttut

Ich habe gerne folgende Bilder, Blumen oder Gegenstände um mich: ……

……

Was ich besonders mag: ……..

Was ich auf keinen Fall mag: ……...

Gerüche, die ich mag: ……...

Gerüche, die ich gar nicht mag: ……..

Farben, die ich mag: …….

Musik, die ich mag: ……

Was sonst noch zu meinem allgemeinen Wohlbefinden beiträgt
(z.B. Was benötige ich, um mich sicher zu fühlen? Ich bin gerne im Bett, im Garten. Ich mag, wenn man mir vorliest, Musik, Tiere, Natur, …)

.....

.....

.....

Ruhen und Schlafen

Ich schlafe gerne in folgender Position ein:

☐ Oberkörper hoch ☐ Oberkörper flach

☐ auf der rechten Seite ☐ auf der linken Seite

☐ auf dem Rücken ☐ auf dem Bauch

Ich wünsche eine sichtbare Uhr in der Nähe des Bettes	☐ ja	☐ nein
In der Nacht wünsche ich mir ein abgeschirmtes Licht	☐ ja	☐ nein
Ich schlafe bei offenem Fenster	☐ ja	☐ nein
Ich schlafe bei offener Türe	☐ ja	☐ nein
Ich bin geräuschempfindlich	☐ ja	☐ nein

Gerne benütze ich

☐ mein eigenes Kissen ☐ meine eigene Bettdecke ☐ meine eigene Bettwäsche

Was mir beim Einschlafen und / oder Durchschlafen hilft

.....

.....

Ausserdem ist mir wichtig: .....

.....

Alltagsgestaltung

Bei der Gestaltung meines Alltags habe ich folgende Gewohnheiten, ist mir folgendes wichtig:

……

……

……

Essen und Trinken

Meine Lieblingsspeisen: ……

……...

Meine Lieblingsfrüchte: ……

……...

Bevorzugte Getränke: ……...

……...

Was mir überhaupt nicht schmeckt: ……

……...

Selbstverständlich bieten wir Ihnen „Wunschkost“ an.

☐ Wenn ich nicht mehr selber essen kann möchte ich, dass man mich unterstützt, solange ich den Mund öffne und signalisiere, dass ich essen möchte.
☐ Ich möchte auf keinen Fall, dass man mir Essen und Trinken eingibt, wenn ich selber dazu nicht mehr in der Lage sein sollte.

Ich bevorzuge folgende Geschmacksrichtungen:

☐ süss ☐ salzig ☐ sauer ☐ bitter ☐ scharf

Falls Trinken nicht mehr möglich ist, bevorzuge ich eine Mundbefeuchtung mit:

☐ Wasser mit Kohlensäure

☐ Wasser ohne Kohlensäure

☐ Teesorten: ……...

☐ Süssgetränke: ……

☐ Kaffee

☐ Wein

☐ Bier

☐ Sonstiges, z.B.: ……...

Ausscheidung

Es kann sein, dass Sie Unterstützung bei der Ausscheidung benötigen. Es ist uns wichtig, Ihnen die Anpassung an die jeweilige neue Situation zu erleichtern und Ihre Intimsphäre zu schützen.

Wenn ich keine Kontrolle mehr über die Ausscheidung habe:

- ☐ wünsche ich eine Blasenkatheter-Einlage
- ☐ wünsche ich so lange wie möglich keine Blasenkatheter-Einlage
- ☐ wünsche ich grundsätzlich keine Blasenkatheter-Einlage (regelmässige Nässekontrolle mit Unterstützung durch Nässeschutzeinlagen)
- ☐ wünsche ich, dass die Entscheidung über notwendige Massnahmen dem ärztlichen und pflegerischen Personal überlassen wird
- ☐ dürfen - wenn nötig - zur Stuhlgangregulierung medikamentöse Massnahmen angewendet werden (Abführmittel, Zäpfchen, Einlauf)
- ☐ wünsche ich die Anwendung von pflegerischen Massnahmen zur Stuhlgangregulierung wie Wickel, Auflagen, Massage, etc.
- ☐ Besonders wichtig ist für mich: ……..

……

Beziehungen leben

Unterstützung durch die Angehörigen
Wir machen häufig die Erfahrung, dass die Angehörigen von Patienten sich gerne Ihren Möglichkeiten und Kräften entsprechend aktiv an der Pflege beteiligen und mithelfen. Würden Sie es begrüssen, wenn Ihre Angehörigen z. B. bei der Körperpflege, beim Betten, bei der Mundpflege usw. mithelfen würden?

☐ Ja ☐ Nein

……

……

Spezielle Wünsche in Bezug auf Angehörige oder Besucher / Regelung welche Personen Sie sehen möchten oder welche Personen nicht auf Besuch kommen sollen

……

……

Spezielle Wünsche in Bezug auf Haustiere

……

Spirituelle / religiöse Bedürfnisse

Ich wünsche eine spirituelle / religiöse Begleitung ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, soll folgende Person kontaktiert werden

Name / Vorname: ……

Adresse: ……

PLZ / Ort: ……

Telefon: ……

Mail: ……

☐ Es darf jemand aus der Spital - Seelsorge sein.

Religiöse Rituale und spirituelle Bedürfnisse, die mir wichtig sind

……

Welche Wünsche haben Sie bzgl. Abschied- Nehmen?

……

……

……

Stellvertretung

Es ist mir sehr wichtig, dass meine pflegerischen Bedürfnisse respektiert werden. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen, so beauftrage ich nachfolgende Personen, meine pflegerischen Bedürfnisse stellvertretend für mich durchzusetzen.

1	**2**
Name / Vorname: ..... Beziehungsgrad: ..... Strasse: ..... PLZ / Ort: ..... Telefon / Natel: ..... Datum: ..... Unterschrift:	Name / Vorname: ..... Beziehungsgrad: ..... Strasse: ..... PLZ / Ort: ..... Telefon / Natel: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....

Eine Kopie befindet sich bei

Name / Vorname: ..... Beziehungsgrad: ..... Strasse: ..... PLZ / Ort: ..... Telefon / Natel: ..... Datum:	Name / Vorname: ..... Beziehungsgrad: ..... Strasse: ..... PLZ / Ort: ..... Telefon / Natel: ..... Datum: .....

Palliativer Brückendienst: ☐ Ja ☐ Nein

Name Bezugsperson: .....

Spitex: ☐ Ja ☐ Nein

Name der Organisation: .....

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Wünsche

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

Redaktionsteam
Büche Daniel, Leitender Arzt
Mettler Mona, Pflegefachfrau
Jäger Sarah, Pflegefachfrau
Graf Petra, Pflegefachfrau, verantwortliche Person
Rey-Burg Elke, Pflegefachfrau

Autorin	Dateiname_Version_Erstellungsdatum	freigegeben durch	Überarbeitung
Erstellt: Palliativstation, C.Knipping_1999	Pflegerische Bedürfnisse_Version_5 2003/ 2006/ 2015/ 2021	Bükki 04/2021	April 2026