



S = Symptom
-kontrolle

E = Entscheidungsfindung
= end of life/Lebensende

N = Netzwerk

S = Support

Palliativer Betreuungsplan[©] PBP*

* Bitte beachten Sie auch die dazugehörigen [Erläuterungen](#)

Personalien		
Name / Vorname		
Geburtsdatum		
Zivilstand / Soziales		
Adresse (Strasse, Ort)		
Tel. Nr. (Festnetz/Mobil)		
E-Mail		
Erstellt	am:	von:
	Institution:	

Hauptdiagnosen / -anliegen		S E N S
Hauptdiagnose		
Hauptanliegen des Betroffenen		
Vordergründige Probleme		
Bemerkungen		

Entscheidungsfindung		S E N S			
Reanimation (kardiopulmonal) gewünscht?	Nein	anderes:			
Patientenverfügung vorhanden?	Ja	Nein beiliegend Wenn «ja» bitte die dem Betreuungsplan übergeordnete Patientenverfügung konsultieren. Diskrepanzen bereinigen! Bemerkungen:			
Stellvertreter*in 1 + 2					
Vorsorgeauftrag erstellt	Ja	Nein			
Beistand für	Personensorge	Vermögenssorge	Rechtsverkehr		
Testament erstellt	Ja	Nein			
Bemerkungen					
Bestehen Hinweise für/gegen medizinische Massnahmen?	Keine				
Besonderes	Verlegung ins Spital	Nein	eher nein	eher ja	Ja
	Antibiotika	Nein	Ja, zur Symptomlinderung		
	Künstliche Ernährung	Nein	eher nein	Ja	
	Hydrierung	Nein	eher nein	Ja	
Bemerkungen					

Netzwerk (Kontakte)			S E N S
Informelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Angehörige / Nahestehende	1.		tagsüber immer
	2.		tagsüber immer
	3.		tagsüber immer
Bemerkungen			
Professionelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Spitex / ambulante Dienste			
Hausarzt*in			tagsüber immer
Hospiz- und Freiwilligendienst			
Seelsorge			
Sozialdienst			
Mobile Pall. Care Equipe / Brückendienst			
Weitere			

Support			S E N S
	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Für den Patienten/die Patientin (neben den oben erwähnten)			
Für die Angehörigen			
Für das betreuende Team			
Bemerkungen			

Lebensende /End of Life			S E N S
Grösste Kraftquelle / Ressource			
Wünsche am Lebensende / Unerledigtes			
Spezielles			
	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Benachrichtigung bei Todesfall	1.		tagsüber immer
	2.		tagsüber immer
	3.		tagsüber immer

Ist Entscheidungsfähigkeit vorhanden?	Ja	eher ja	eher nein	Nein
Bemerkungen				

Krankheits- und Prognoseverständnis						
Krankheits- und Prognoseverständnis vorhanden?	Ja	teilweise	eher nein	Nein	unbekannt	
(Einschätzung durch Fachperson)						
Bemerkungen						
Erfasst von	Name Arzt*in:			Datum:		
	Name Pflege:			Datum:		
	Weitere:			Datum:		
	Mit Patient*in besprochen:		Ja	Nein	Datum:	
	Mit Angehörigen besprochen:		Ja	Nein	Datum:	
Bemerkungen						
Unterschrift verantwortliche Person						
Dokument digital versendet an						
Bemerkungen						

Relevante Änderungen des PBP		
Datum	Was	Unterschrift

Symptomerfassung

Empfehlung: Die Symptomerfassung erfolgt bei Bedarf über weitere Assessmentinstrumente (siehe [Erläuterungen](#)).

* Ein neuer Plan kann unter: www.palliative-ostschweiz.ch heruntergeladen werden.

Herausgeber:

palliative ostschweiz, Geschäftsstelle, benevolpark, St. Leonhard-Strasse 45, CH-9000 St. Gallen, T 071 245 80 80
www.palliative-ostschweiz.ch, info@palliative-ostschweiz.ch

In Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe von Fachpersonen unter *palliative ostschweiz*

Urheberrecht:

Grundsätzliche Änderungen im Dokument «Palliative Betreuungsplan®» nur nach Rücksprache mit *palliative ostschweiz* möglich.