

Palliativer Behandlungsplan

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Name des Betreuers/Bevollmächtigten: _____

Diagnosen:

Die kurativen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft. Zum weiteren Vorgehen wurden folgende Punkte dem Patienten festgelegt.

1. Patientenverfügung, vorhanden: Ja Nein
weitere Vollmachten:

Ansprechpartner für den Ort der Aufbewahrung:

2. Absprachen (z. B. Reanimation, Krankenhauseinweisung)

3. Wichtige Medikamente (evtl. Plan beifügen):
regelmäßig: bei Bedarf:

4. Notfallsituationen

Mögliche Komplikationen Vorgehen, mit Patienten abgesprochen

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Ort, Datum, Unterschrift Patient

**Betreuungsnetz – Telefonnummern
Angehörige/Freunde:**

Ärzte:

Psychotherapeut:

Physiotherapeut:

Apotheke:

Pflegedienst:

Seelsorger:

Hospizverein:

Hospizhelfer:

Stationäres Hospiz:

Palliativstation:

Palliativberatung:

Sonstiges:

Wichtige Telefonnummern für den Notfall:

Ärztlicher Bereitschaftsdienst:

116 117

Rettungsdienst/Notarzt:

112

Einverständniserklärung Patientin/Patient:

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift Patient

Weitere Informationen unter: www.kvb.de/palliativ

Ich,

(Name, Vorname, Geburtsdatum Patientin/Patient)

erkläre mich einverstanden, dass der Palliative Behandlungsplan an oben genannte Behandler und Personen zum Zwecke meiner weiteren Behandlung/Versorgung sowie der Dokumentation übermittelt wird.