

# Notfallplanung für Palliativpatienten

Patient/in:	Geburtsdatum:
Adresse/Pflegeheim:	
Betreuung/Vollmacht (Name/Telefon):	
Hausarztteam:	Facharztzentrum Allgemeinmedizin Bad Mergentheim, 07931-964960

## Führende Diagnosen/Grundkrankheiten (Details siehe Akte)

1	
2	
3	

## Grundlage des Dokuments

<input type="checkbox"/>	Das vorliegende Dokument <b>entspricht dem aktuell geäußerten Willen</b> des Patienten
<input type="checkbox"/>	Das vorliegende Dokument gilt als <b>Ergänzung zur Patientenverfügung</b>
<input type="checkbox"/>	Das vorliegende Dokument <b>entspricht dem mutmaßlichen Patientenwillen</b>

## Weitergehende Dokumente

<input type="checkbox"/>	<b>Patientenverfügung</b> liegt vor (siehe Akte)
<input type="checkbox"/>	<b>Vorsorgevollmacht</b> liegt vor (siehe Akte)

## Konkrete Behandlungsentscheidungen

Maßnahme	Entscheidung	
Reanimation (Wiederbelebung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Intubation und Beatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Transfusionen (Fremdblutgabe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Diagnostik und/oder Antibiose bei Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PEG bei Schluckstörungen (Magensonde durch die Bauchdecke)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tägliche Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Krankenhauseinweisung/Notfallsituation

<input type="checkbox"/>	Krankenhauseinweisung nur bei Unfallgeschehen
<input type="checkbox"/>	Krankenhauseinweisung nur bei Erfolglosigkeit der beschwerdelindernden Therapie zu Hause (Einweisung zur Palliativbehandlung)
<input type="checkbox"/>	Verständigung des KV-Notdienstes zur Verbesserung der Situation (pallitivmed. Behandlung)
<input type="checkbox"/>	Notarzt-/Rettungsdienstverständigung bei Verschlechterung
<input type="checkbox"/>	Patient darf bei nächster lebensbedrohlicher Verschlechterung versterben!
<input type="checkbox"/>	

## Bedarfsmedikation je nach Situation

Schmerzen	
<input type="checkbox"/>	Morphin 5mg (1/2 Ampulle) s.c. alle 6 Stunden
<input type="checkbox"/>	Morphin 5mg (1/2 Ampulle) s.c. alle 4 Stunden
<input type="checkbox"/>	
Atemnot	
<input type="checkbox"/>	Morphin 5mg (1/2 Ampulle) s.c. alle 6 Stunden
<input type="checkbox"/>	Morphin 5mg (1/2 Ampulle) s.c. alle 4 Stunden
<input type="checkbox"/>	
Unruhe/Angst	
<input type="checkbox"/>	Tavor expidet 1mg Backentasche alle 6 Stunden
<input type="checkbox"/>	Midazolam 2,5mg s.c. alle 6 Stunden
<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/Erbrechen	
<input type="checkbox"/>	MCP 10mg s.c. (oral) alle 4 Stunden
<input type="checkbox"/>	Levomepromazin 5mg (10 Trpf.) oral alle 4h
<input type="checkbox"/>	
Fieber	
<input type="checkbox"/>	Paracetamol supp. 1000mg alle 4-6 Stunden
<input type="checkbox"/>	
Terminale Rasselatmung	
<input type="checkbox"/>	Buscopan 20mg s.c. alle 6 Stunden
<input type="checkbox"/>	Flüssigkeitszufuhr stoppen
<input type="checkbox"/>	
Sonstige Maßnahmen	
<input type="checkbox"/>	Problem:
	Maßn.:
<input type="checkbox"/>	Problem:
	Maßn.:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift Hausarzt)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift Patient/Bevollmächtigter)