

Ort	Datum	Visum
-----	-------	-------

<b>Anwesende</b>

<b>PatientIn</b>			
Name		Geburtsdatum	
Vorname		Telefon	
Strasse/Nr.		Handy	
PLZ/Ort		Fax	
E-Mail			
Sprache	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Italienisch
	<input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Englisch	

<b>Soziales</b>

<b>Diagnose</b>

<b>Spezielles</b>

<b>Patientenbefragung</b>
<b>Können Sie uns etwas über Ihre Krankheit erzählen? Wie und wann hat es angefangen?</b>
<b>Wurde mit Ihnen über ein Behandlungsziel gesprochen?</b>
<b>Wie ist es für Sie? Was beschäftigt Sie am meisten?</b>
<b>Wie, glauben Sie, wird es in nächster Zeit weitergehen? Was sagt Ihr Arzt?</b>
<b>Wie gehen Ihre Angehörigen mit der Situation um? Was bedeutet Ihre Erkrankung für diese?</b>
<b>Was hat Ihnen bis jetzt geholfen? (Ressourcen)</b>

<b>Und Ihren Angehörigen?</b>
<b>Worauf legen Sie ganz besonders Wert?</b> (z.B. körperliche, soziale, kulturelle, seelische, religiöse Werte usw.)
<b>Was bedeutet «Lebensqualität» für Sie?</b>
<b>Haben Sie noch ein Ziel, welches Sie in nächster Zeit erreichen möchten?</b>
<b>Wie wichtig ist es Ihnen, zu Hause zu bleiben? Macht Ihnen etwas dazu Sorgen?</b>
<b>Ist es Ihr Wunsch, zu Hause zu sterben?</b>
<b>Trauen Sie sich zu, Ihre/n Angehörige/n zu Hause zu begleiten? Allenfalls bis zum Tod? Welche Ressourcen haben Sie?</b>
<b>Erlaubt Ihre finanzielle Situation eine eventuell kostenpflichtige intensivere Betreuung zu Hause?</b>
<b>Falls aus pflegerischen/medizinischen Gründen doch ein Spital-/Heim-Aufenthalt notwendig wird, wo möchten Sie hingehen?</b> <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Pflegezentrum <input type="checkbox"/> Hospiz Weitere Angaben:
<b>Ist eine Patientenverfügung vorhanden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Falls ja: Welche? Und wo befindet sie sich?</b>
<b>Wünschen Sie eine individuelle PV?</b> (z.B. Dialog Ethik, Onko-Plus) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weitere Angaben:
<b>Sind Sie Mitglied bei...?</b> Exit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      Dignitas <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bemerkungen dazu; evtl. Grund:
<b>Nehmen Sie zugunsten einer wirksamem Bekämpfung Ihrer Schmerzen respektive Atemnot bei Bedarf auch in Kauf, dass Sie mehr dösen, mehr schlafen, etwas sediert sind?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weitere Angaben:

**Nehmen dies Ihre Angehörigen in Kauf?**

ja  nein

Weitere Angaben:

**Haben Sie sich zum Thema «parenterale Flüssigkeitszufuhr» (z.B. Infusion/Magensonde) schon einmal Gedanken gemacht oder mit Ihrem Arzt darüber gesprochen? (kann den Eintritt des Todes hinauszögern und das Leiden verlängern)**

Alternativen dazu sind: Mundpflege, Flüssigkeit zum Saugen usw.

**Klärung des palliativen Betreuungsauftrages**

(durch Pflorgeteam oder Arzt zu erheben, im Beisein einer Bezugsperson des/der Patienten/Patientin)

<b>Nächste Schritte</b>
<b>PatientIn</b>
<b>Angehörige</b>
<b>Hausarzt</b>
<b>Spitex</b>
<b>Spezialisierte Pflege, z.B. Onko-Plus, Fachstelle Palliative Care, MPCT</b>
<b>Andere</b>
<b>Welche Erwartungen haben Sie an das Betreuerteam?</b>
<b>Wie können wir Ihnen helfen, welche Erwartungen haben Sie an die Mobilien Palliative-Care-Fachleute?</b>
<b>Zielvereinbarungen, Abmachungen</b>

INTERN

<i>Patient wurde informiert über Kontaktaufnahme mit</i>	<input type="checkbox"/> <i>Spitex</i>	<input type="checkbox"/> <i>Hausarzt</i>
<i>PatientIn benötigt ein Case Management</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja</i>	<input type="checkbox"/> <i>nein</i>
<i>Gewünschtes Austrittsdatum (falls im Spital)</i>		

INTERN

### **Nachträgliche Änderungen**

Dieses Assessment wurde zu einem späteren Zeitpunkt angepasst und/oder verändert (bitte Zeitpunkt der Veränderung, Name der ausführenden Person und Grund angeben):

Datum	Name
Grund:	

Datum	Name
Grund:	

Datum	Name
Grund:	