

PatientIn	
Name/Vorname	Geburtsdatum

Schmerz

.....

.....

.....

.....

.....

Atemnot

.....

.....

.....

.....

.....

Durchfall

.....

.....

.....

.....

.....

Übelkeit, Erbrechen

.....

.....

.....

.....

.....

Ileus

.....

.....

.....

.....

.....

Husten

.....

.....

.....

.....

.....

Durst, trockene Schleimhäute

.....
.....
.....
.....
.....

Fieber

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ernährung, Flüssigkeitzufuhr

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Agitiertheit (Verwirrung)

.....
.....
.....
.....
.....

Angst

.....
.....
.....
.....
.....

Depression, seelische Schmerzen

.....
.....
.....
.....
.....

Schlafstörungen
Blutung
Sturz
Neurologische Probleme, -Lähmung/APO, -Epi. Anfälle
Erhöhter Blutdruck
Pruritus
Weiteres, was konkret

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Patientenerklärung

Meine Wünsche und Bedürfnisse bezüglich Massnahmen, die bei Fortschreiten meiner Krankheit zu treffen sind, werden in diesem Dokument korrekt zusammengefasst. Ich behalte mir allerdings vor, jederzeit Änderungen anbringen zu können.

Ich bin einverstanden, dass sich die an meiner Betreuung Beteiligten gegenseitig über E-Mail informieren können, auch wenn über dieses Medium der Datenschutz nicht hundertprozentig sichergestellt werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift PatientIn

.....

INTERN	
Erfasst von	am
Ergänzt von	am
Ergänzt von	am
Ergänzt von	am
Ergänzt von	am
Ergänzt von	am