Palliative Care

Anmeldeformular

cm@diaconis.ch
031 337 72 06

☐ vorsorglich		☐ definitiv, ab:	
Personalien			
Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Wohnkanton		Zivilstand	
Geburtsdatum		Telefon	
Geschlecht	☐ m ☐ w ☐ d	Nationalität	☐ CH ☐ Andere:
AHV-Nr.	756.	Telefon / Mobil	
Krankenkasse		Karten-Nr.	80756…..
Zusatzversicherung		☐ allgemein ganze CH	☐ privat ☐ halbprivat
Bezugsperson 1 / gesetzliche Vertretung			**☐ Beistand**
Name		Vorname	
Adresse		PLZ / Ort	
E-Mail		Telefon / Mobil	
Beziehung	☐ PartnerIn ☐ Tochter/Sohn	☐ Nichte/Neffe	☐
Bezugsperson 2			
Name		Vorname	
Adresse		PLZ / Ort	
E-Mail		Telefon / Mobil	
Beziehung	☐ PartnerIn ☐ Tochter/Sohn	☐ Nichte/Neffe	☐
Aktueller Aufenthaltsort			
☐ zu Hause		Hausarzt (Tel.)	
☐ Spital/Pflegeheim			
☐ Pflegeteam (Tel.)		Arzt (Tel.)	
☐ Arztbericht / Diagnoseliste		**☐ Medikamentenliste**	

Hinweis: Die Indikation wird erst geprüft, wenn die Unterlagen komplett sind.

Indikation für stationäre spezialisierte Palliative Care

Chemotherapie ☐ nein ☐ ja ☐ geplant	Bestrahlung ☐ nein ☐ ja ☐ geplant	Immuntherapie ☐ nein ☐ ja ☐ geplant
☐ **Instabilität der Situation** Nicht vorhersehbare rasche Veränderung	☐ **Komplexität der Symptomatik** Gleichzeitig mehrere Symptome mit gegenseitiger Beeinflussung und schwieriger Beurteilung	
☐ **Bedarf nach Spitalbehandlung** Betreuung für Pflegeheim zu komplex		

Symptome		**Entscheidungsfindung**	
☐ Schmerzen		☐ Konflikte im Familien-,Angehörigensystem	
☐ Dyspnoe		☐ Entscheidungsfindung therapeutische Massnahmen	
☐ Übelkeit/Erbrechen		☐ Fremde kulturelle Werthaltungen und Erwartungen	
☐ Delir ☐ akut ☐fluktuierend		**Netzwerk**	
☐ Fatigue		☐ Überlastung der betreuenden Angehörigen oder des Teams	
☐ Epileptische Anfälle ☐ fokal ☐ generalisiert		☐ Fehlende oder ungenügende Unterstützung	
☐ Psychische Krise		**Support**	
☐ Spirituelle Krise		☐ Patienten- und Angehörigenberatung notwendig	
☐ Hohes Komplikatons-risiko für		☐ Minderjährige Kinder	
☐ Psychosoz. Probleme, soziale Situation		**End-of-Life**	
		☐ Komplexer, schwieriger Sterbeprozess	

Aufenthaltsziel	
☐ Symptomkontrolle	☐ Behandlung bei komplexem Sterbeprozess
☐ Stabilisierung/Austritt nach Hause/PH	☐ Komplexe Entscheidungsfindung
☐ Weiteres	

Anmeldung durch			
Name		Telefon	
Datum		E-Mail	