

Adressenfeld



Palliativstützpunkt
Nienburg/W. und Umgebung e.V.

Tel: 05021-6500500
Fax: 05021-6500599

Nächster Angehöriger

.....

Hausarzt

Pflegedienst

Apotheke

Notfallnummer Palliativstützpunkt

Kassenärztlicher Notdienst bundesweit: 116 117

Diagnosen:

.....

Patientenverfügung: liegt vor () liegt nicht vor ()

Vorsorgevollmacht: liegt vor () liegt nicht vor ()

Verbindliche Absprachen:

Wer ist die Person Ihres Vertrauens? Wem vertrauen Sie Ihre Wünsche an, für den Fall, dass Sie sich in einer Krise nicht mehr äußern können?

Name:

Telefonnummer:

Aufklärung des Patienten über Diagnose/Prognose erfolgt () nicht erfolgt ()

Aufklärung der Angehörigen über Diagnose/Prognose erfolgt () nicht erfolgt ()

.....
Datum

.....
Unterschrift (für) Patient/in

.....
Unterschrift Koordination

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
-----------------------	----------------------

Medikamentenplan für die Notfallbedarfsmedikation

Indikation	Medikament	Dosis/Gabe (s.c/oral/s.l./rectal)
bei Schmerzen	Morphin Amp. s.c.	5mg s.c. oder 1/6 der Opiat-Tagesdosis s.c
oder		
bei Luftnot	Morphin Amp. s.c.	5mg s.c. oder 1/6 der Opiat-Tagesdosis s.c
oder		
bei Übelkeit	Haloperidol-Lsg. 2mg/ml	3-5° Tropfen oral
oder		
bei Unruhe/Panik/Angst	Tavor 1.0	1mg oral
bei einem Krampfanfall	Tavor1.0	1mg oral
bei		
bei		

Aktuelle Probleme und Besonderheiten:

.....

Letzter KH-Aufenthalt(wann/wo).....

Es liegt ein/eine

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Defibrillator |
| <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter |
| <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe | <input type="checkbox"/> Stoma |

.....
Datum

..... Unterschrift/Stempel Hausarzt
--