

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

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| <b>Name, Vorname:</b> | <b>Geburtsdatum:</b> |
|-----------------------|----------------------|

**Medikamentenplan für die Notfallbedarfsmedikation**

| <b>Indikation</b>      | <b>Medikament</b>       | <b>Dosis/Gabe</b><br>(s.c/oral/s.l./rectal)   |
|------------------------|-------------------------|---|
| bei Schmerzen          | Morphin Amp. s.c.       | 5mg s.c.<br>oder 1/6 der Opiat-Tagesdosis s.c |
| <b>oder</b>            |                         |   |
| bei Luftnot            | Morphin Amp. s.c.       | 5mg s.c.<br>oder 1/6 der Opiat-Tagesdosis s.c |
| <b>oder</b>            |                         |   |
| bei Übelkeit           | Haloperidol-Lsg. 2mg/ml | 3-5° Tropfen oral                             |
| <b>oder</b>            |                         |   |
| 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 .....

|  |
|--|
| <p>.....<br/>Unterschrift/Stempel Hausarzt</p> |
|--|