

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Palliativer Behandlungsplan

Name und Adresse des Betreuers/Bevollmächtigten:

Diagnosen: _____

Die kurativen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft. Zum weiteren Vorgehen wurden folgende Punkte dem Patienten festgelegt.

1. Patientenverfügung, vorhanden: Ja Nein

weitere Vollmachten: _____

Ansprechpartner für den Ort der Aufbewahrung: _____

2. Absprachen (z. B. Reanimation, Krankenhauseinweisung)

3. Wichtige Medikamente (evtl. Plan beifügen):

regelmäßig:

bei Bedarf:

4. Notfallsituationen

Mögliche Komplikationen

Vorgehen, mit Patienten abgesprochen

Mögliche Komplikationen	Vorgehen, mit Patienten abgesprochen

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Ort, Datum, Unterschrift Patient



Betreuungsnetz – Telefonnummern

Angehörige/Freunde: _____

Ärzte:

Psychotherapeut:

Physiotherapeut:

Apotheke:

Pflegedienst:

Seelsorger:

Hospizverein:

Hospizhelfer:

Stationäres Hospiz:

Palliativstation:

Palliativberatung:

Sonstiges:

Wichtige Telefonnummern für den Notfall:

Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117

Rettungsdienst/Notarzt: 112

Einverständniserklärung Patientin/Patient:

Ich, _____,
(Name, Vorname, Geburtsdatum Patientin/Patient)

erkläre mich einverstanden, dass der Palliative Behandlungsplan an oben genannte
Behandler und Personen zum Zwecke meiner weiteren Behandlung/Versorgung sowie
der Dokumentation übermittelt wird.

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient 

Weitere Informationen unter: www.kvb.de/palliativ