

Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende



Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Wohnort

Liebe Patientin
Lieber Patient

Durch Ihre Krankheit erfahren Sie in zunehmendem Mass Einschränkungen in Ihrem täglichen Leben und Ihrem Alltag.

Mit diesem Dokument „Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende“ möchten wir Ihre Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase aufnehmen.

Ihre Angaben sind für uns vor allem dann wichtig, wenn Sie sich nicht mehr selber äussern können und dienen als Informationssammlung der momentanen Situation.

Wir werden uns bemühen, Ihre Angaben stets auf deren Aktualität zu überprüfen, damit wir Sie entsprechend Ihren Wünschen und Gewohnheiten betreuen können.

Es ist uns bewusst, dass dieses Dokument sehr ausführlich ist – beantworten Sie die Punkte, die Ihnen wichtig erscheinen.

Mit den Informationen dieser Dokumentation werden wir vertraulich umgehen.
Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Folgende Beratungspersonen haben Sie dabei unterstützt:

Name / Funktion:

Name / Funktion:.....

Berührungen und Körperkontakt

Im Falle einer Verschlechterung meines Allgemeinzustandes und / oder meiner Bewusstseinslage möchte ich folgendermassen angesprochen bzw. geweckt werden
(z.B. vor pflegerischen Angeboten / Verrichtungen)

- durch eine klare und eindeutige Ansprache mit Name / Vorname :
- durch Berührung
 - Schulter Hand Kopf
- durch einen normalen Händedruck

Ich habe folgende empfindsame Körperstellen

.....
.....

Körperpflege und Wohlbefinden

Ich möchte folgendermassen gepflegt werden
(z.B. mit kaltem, lauwarmem oder warmem Wasser, tägliche Ganzkörperpflege, ...)

.....

Ich möchte, dass folgende Pflegeprodukte angewendet werden
(z.B. Duschgel, Parfüm, Kosmetika, Körperlotion)

.....

Gerüche, die ich gerne mag
(z.B. Rosmarin, Lavendel, Rose)

.....

Gerüche die ich nicht mag

.....

In der Regel rasiere ich mich
 morgens abends nass trocken

In der Regel putze ich meine Zähne
(z.B. Häufigkeit, Produkt)

.....

Ich wünsche folgende Kleidung
tagsüber: eigene Kleidung eigenes Pyjama / Nachthemd Spitalnachthemd
nachts: eigenes Pyjama/ Nachthemd Spitalnachthemd

Ich möchte gerne folgende Bilder, Blumen oder Gegenstände um mich haben

.....

Ich höre gerne folgende Musik

In welcher Situation und welche Musik (wie viel, wie lange, Lautstärke)?

.....

.....

Was sonst noch zu meinem allgemeinen Wohlbefinden beiträgt

(z.B. Was benötige ich, um mich sicher zu fühlen? Bin gerne im Bett im Garten, Vorlesen etc.)

.....

.....

Ruhen und Schlafen

Ich schlafe gerne in folgender Position ein

(z.B. Oberkörper hoch / flach, auf der rechten / linken Seite, auf dem Rücken)

.....

.....

Ich wünsche eine sichtbare Uhr in der Nähe des Bettes ja nein

In der Nacht wünsche ich mir ein abgeschirmtes Licht ja nein

Ich schlafe bei offenem Fenster ja nein

Ich schlafe bei offener Türe ja nein

Gerne benütze ich

- mein eigenes Kissen meine eigene Bettdecke meine eigene Bettwäsche

Was mir beim Einschlafen und / oder Durchschlafen hilft

.....

.....

Ich bin geräuschempfindlich ja nein

Ausserdem ist mir wichtig

.....

.....

Essen und Trinken

Selbstverständlich bieten wir Ihnen jederzeit „Wunschkost“ an.

Meine Lieblingsspeisen:

Meine Lieblingsfrüchte:

Bevorzugte Getränke:

Mir schmeckt überhaupt nicht:

- Wenn ich nicht mehr selber essen kann, möchte ich, dass man mich unterstützt, solange ich den Mund öffne und signalisiere, dass ich essen möchte.
- Ich möchte auf keinen Fall, dass man mir Essen und Trinken eingibt, wenn ich selber dazu nicht mehr in der Lage sein sollte.

Ich bevorzuge folgende Geschmacksrichtungen:

- süss salzig sauer bitter scharf

Falls Trinken nicht mehr möglich ist, bevorzuge ich eine Mundbefeuchtung mit:

- Wasser mit Kohlensäure
- Wasser ohne Kohlensäure
- Teesorten:
- Cola
- Kaffee
- Wein
- Bier
- Sonstiges, z.B.

Ausscheidung

Es kann sein, dass Sie Unterstützung bei der Ausscheidung benötigen. Es ist uns wichtig, Ihnen die Anpassung an die jeweilige neue Situation zu erleichtern und Ihre Intimsphäre zu schützen. Ihre Wünsche sind uns primär richtungsweisend- dennoch kann es aber auch sein, dass es medizinische oder pflegerische Gründe gibt, die eine andere Massnahme erfordert.

Wenn ich keine Kontrolle mehr über die Ausscheidung des Urins habe, wünsche ich

- eine Blasenkatheter-Einlage
- so lange wie möglich keine Blasenkatheter-Einlage
- grundsätzlich keine Blasenkatheter-Einlage!
(regelmässige Nässekontrolle mit Unterstützung durch Nässeschutzeinlagen)
- Ich überlasse die Entscheidung - je nach Notwendigkeit - dem ärztlichen und pflegerischen Personal

Beziehungen leben

Unterstützung durch die Angehörigen

Würden sie es begrüßen, wenn ihre Angehörigen z. B. bei der Körperpflege, beim Betten, der Mundpflege usw. mithelfen würden?

Vielleicht denken Sie, dass Sie ihre Angehörigen damit belasten. Wir machen jedoch häufig die Erfahrung, dass diese sich gerne ihren Möglichkeiten und Kräften entsprechend, aktiv an der Pflege beteiligen.

Ja Nein

.....
.....

Spezielle Wünsche in Bezug auf Angehörige oder Besucher / Regelung welche Personen Sie sehen möchten oder welche Personen nicht auf Besuch kommen sollen.

.....
.....

Spezielle Wünsche in Bezug auf Haustiere

.....

Seelsorgerliche / spirituelle Bedürfnisse

Ich wünsche eine seelsorgerliche / spirituelle Begleitung Ja Nein

Wenn ja, soll folgende Person kontaktiert werden

Name / Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon / Fax / Mail:

Es kann jemand anders aus der Seelsorge sein.

Ich schätze folgende Rituale / Vorgehensweise / andere spirituelle Bedürfnisse

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

Stellvertretung

Es ist mir sehr wichtig, dass meine pflegerischen Bedürfnisse respektiert werden. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen, so beauftrage ich nachfolgende Personen meine pflegerischen Bedürfnisse stellvertretend für mich durchzusetzen.

1	2
Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....
Beziehungsgrad*:	Beziehungsgrad*:
.....
Strasse:	Strasse:
.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....
Datum:	Datum:
.....
Unterschrift*:	Unterschrift*:
.....

Eine Kopie befindet sich bei

Name / Vorname:	Name / Vorname:
.....
Beziehungsgrad*:	Beziehungsgrad*:
.....
Strasse:	Strasse:
.....
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
.....
Telefon / Natel:	Telefon / Natel:
.....
Datum:	Datum:
.....

Pflegeabteilung: Ja Nein

Wenn ja, welche?

Palliativer Brückendienst: Ja Nein

Name Bezugsperson:

Spitex: Ja Nein

Name der Organisation:

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Wünsche

Ort, Datum

Unterschrift

Redaktionsteam

Büche Daniel , Leitender Arzt

Würth-Kegel Yvonne, Pflegefachfrau

Mettler Mona, Pflegefachfrau

Nathalie Zünd, Pflegefachfrau

Rey-Burg Elke, Pflegefachfrau , verantwortliche Person

Autorin	Dateiname_Version_Erstellungsdatum	freigegeben durch	Überarbeitung
Erstellt: Palliativstation, C.Knipping_1999	Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende_Version_4 Juli 2015	D. Büche Juli 2015	Juli 2020