

Kantonsspital St.Gallen

Departement Interdisziplinäre medizinische Dienste
Palliativzentrum

Departement Innere Medizin
Onkologie / Hämatologie

**Kantonsspital
St.Gallen**



CH-9007 St.Gallen
Tel. 071 494 11 11
www.kssg.ch

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 Ihren natürlichen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie in Ihrer Selbstständigkeit.

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

Ihre Angaben sind für uns vor allem dann wichtig, wenn Sie ihre Bedürfnisse 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 als 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 / Kosename:
- durch Berührung
 Schulter Hand Kopf
- durch einen normalen Händedruck

Ich habe eine empfindliche Körperstelle Ja Nein

Wenn ja, an folgenden Stellen:

.....

.....

Körperpflege und Wohlbefinden

Ich möchte folgendermassen gewaschen werden:
(mit kaltem, lauwarmem oder warmem Wasser, tägliche Ganzkörperpflege, ...)

.....

Ich möchte, dass folgende Pflegeprodukte angewendet werden:
(Duschgel, Parfüm, Kosmetika,...)

.....

Ich schätze es, mit der Körperlotion eingerieben zu werden: Ja Nein

Wenn ja, wo:

Gerüche, die ich gerne mag:
(z.B. Rosmarin, Lavendel, Rose,...für die Körperpflege, für Einreibungen, für Duftlampe, ...)

welche:

In der Regel rasiere ich mich:
 morgens abends nass trocken

Wie oft und wann ich meine Zähne reinige / ich möchte, dass sie gereinigt werden:

.....

Kleidung:
tagsüber: eigene Kleidung eigenes Pyjama Spitalnachthemd

nachts: eigenes Pyjama Spitalnachthemd



Ich möchte bestimmte Bilder, Blumen oder Gegenstände um mich haben:

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

Ich höre gerne Musik: Ja Nein

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:

(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 Bettdecke die eigene Bettwäsche

Was mir hilft beim Einschlafen und / oder Durchschlafen:

.....

.....

Ich bin geräuschempfindlich: ja nein

Ausserdem ist mir wichtig:

.....

.....



Essen und Trinken

Selbstverständlich bieten wir Ihnen jederzeit „Wunschkost“ an.

Meine Lieblingspeisen:

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 wünsche, dass man mir zu Trinken gibt, um einem Durstgefühl vorzubeugen.

Bevorzugte Geschmacksrichtung:

- süss
- salzig
- sauer
- bitter
- scharf

Folgende Getränke / Flüssigkeiten bevorzuge ich für eine allfällige Mundbefeuchtung:

- 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. Gerne nehmen wir Ihre Wünsche entgegen, es kann aber auch sein, dass es medizinische oder pflegerische Gründe gibt, die eine andere Massnahme erfordern.

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

- Blasenkatheter-Einlage gewünscht
- „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.



Unterstützung durch die Angehörigen

Gerne beziehen wir auch die Angehörigen in die Betreuung mit ein. Falls die Angehörigen mögen und es ihre Kräfte zulassen, begrüßen Sie es, wenn ihre Angehörigen Sie z.B. bei der Körperpflege, beim Betten und Lagern, beim Essen, bei der Mundpflege usw. unterstützen?

- Ja Nein

Wenn ja, wer von den Angehörigen und was könnten sie übernehmen?

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

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 anderes aus der Seelsorge sein.

Ich schätze folgende Rituale / Vorgehensweise / andere spirituelle Bedürfnisse:

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



Stellvertretung

Ich verlange, 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.

<i>Name / Vorname:</i>	<i>Name / Vorname:</i>
<i>Beziehungsgrad:</i>	<i>Beziehungsgrad:</i>
<i>Adresse / PLZ / Ort:</i>	<i>Adresse / PLZ / Ort:</i>
<i>Telefon / Natel:</i>	<i>Telefon / Natel:</i>
<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Unterschrift:</i>	<i>Unterschrift:</i>

Eine Kopie befindet sich bei

<i>Name / Vorname:</i>	<i>Name / Vorname:</i>
<i>Beziehungsgrad:</i>	<i>Beziehungsgrad:</i>
<i>Adresse / PLZ / Ort:</i>	<i>Adresse / PLZ / Ort:</i>
<i>Telefon / Natel:</i>	<i>Telefon / Natel:</i>
<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Unterschrift:</i>	<i>Unterschrift:</i>



Eine Kopie befindet sich bei

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

Buess-Willi Claudia, verantwortliche Person
Büche Daniel
Kegel Yvonne
Reifler Daniela

Autorin	Dateiname_Version_Erstellungsdatum	Überarbeitung	Seite
erstellt: Palliativstation, C.Knipping_1999 überarbeitet: Palliativzentrum	Pflegerische Bedürfnisse am Lebensende_Version_3_März_2009	März_2014	8/8