



Palliativmedizinischer Konsiliardienst Kreis Olpe

Informationsmappe für Patienten

Palliativdiensttelefon: 0151 581 90 359
24 Std. Erreichbarkeit

PKD Kreis Olpe
Kardinal-von Galen-Straße 3

57462 Olpe

Tel: 02761 926 250
Fax: 02761 926 222

info@pkd-kreis-olpe.de
WWW.pkd-kreis-olpe.de



Inhalt der Patientenmappe

1. Einführung
2. Kontaktadressen
3. Wichtige Telefonnummern für Krisensituationen
4. Wünsche des Patienten, wie Patientenverfügung, Betreuung, Notfallverfügung und Dokumentation für Notärzte
5. Symptomkontrolle

Liebe Patientin, lieber Patient,

Der PKD Kreis Olpe soll der Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung aller Palliativpatienten im Kreis Olpe dienen.

Alle Patienten, die es wünschen und denen es ermöglicht werden kann, sollen die letzte Phase ihres Lebens palliativmedizinisch gut versorgt zu Hause verbringen und dort auch in Würde sterben können.

Für Ihre ärztliche Betreuung in dieser Lebensphase ist primär Ihr Hausarzt zuständig. Die Palliativärzte und Koordinatorinnen des PKD Kreis Olpe unterstützen bei Bedarf diesen gerne mit.

Der PKD Kreis Olpe ist Teil des Palliativnetzes im Kreis Olpe und steht auf Anforderung allen Hausärzten und Palliativpatienten im Hintergrund ständig zur Verfügung.

Mit dieser Mappe bei Ihnen zu Hause soll sichergestellt werden, dass wichtige Daten und Unterlagen stets verfügbar sind.

Besondere Wünsche und Wertvorstellungen, die Ihnen und Ihren Angehörigen wichtig sind, können hier abgelegt werden.

Zur schnellen Orientierung sollten auch die wichtigsten Kontaktdaten eingetragen werden.

Wir möchten dabei mithelfen, dass Sie in der letzten Phase Ihrer schweren Erkrankung optimal zu Hause versorgt sind.

Ihr Palliativteam

Wichtige Kontaktdaten

Geschäftsstelle:

Kardinal von Galenstr. 3 57462 Olpe

Tel: **02761-926 250**

Fax: **02761-926 222**

info@pkd-kreis-olpe.de

Koordinatoren Team:

Erreichbar Mo-Fr. 08:00-16:00

Frau Angelina Alfes Tel. **0151-58 190 357**

Frau Anne Arens Tel. **0151-58 190 358**

Frau Sandra Boßert Tel. **0151-65 473 581**

Frau Barbara Grotmann Tel. **0151-54 864 965**

Frau Nicole Harnischmacher Tel. **0151-56 992 429**

Frau Alicia Hebbecker Tel. **0151-55 565 685**

Ärztliche Mitglieder des **PKD Kreis Olpe:**

Dr. Bernhard Feldmann, Finnentrop

Dr. Reinhard Hunold, Olpe

Fr. Sibylle Mißmahl, Wenden

Dr. Jürgen Muders, Lennestadt

Dr. Clemens Müller-Naendrup, Olpe

Dr. Gerd Reichenbach, Olpe

Dr. Roderick Enecio, Drolshagen

Dr. Elisabeth Huck, Olpe

Dr. Janine Hoeger-Schäfer, Kirchhundem

Palliativdiensttelefon: 0151 581 90 359

Weitervermittlung durch das St. Elisabeth Hospiz

Hausarzt: _____

Pflegedienst: _____

24 Rufbereitschaft Pflegedienst: _____

Hauptansprechpartner: _____

Betreuer: _____

Seelsorger: _____

Apotheke: _____

Sonstige: _____

Letzter Krankenhausaufenthalt: (wo, wann?) _____

Checkliste für Angehörige
(Grund der Kontaktaufnahme mit dem Arzt)

Schmerzen	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
Übelkeit	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
Erbrechen	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
Atemnot	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
Unruhe, Angst	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
Bewusstseins Eintrübung	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
Sonstiges	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark

Patientenverfügung, Betreuung, Notfallverfügung Wünsche des Patienten

Patientenverfügung erstellt: ja nein

Betreuer bestellt: ja nein

Name, Telefon

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht ja nein

Krankenhauseinweisung gewünscht ja nein

Ort, Datum:

Unterschriften: Patient/Betreuer

Arzt

Dokumentation für Notärzte

Sehr geehrte Notärztin / Sehr geehrter Notarzt

Der/die Patient/in hat den Wunsch geäußert bis zuletzt zu Hause betreut zu werden und wird in seinem/ihrer Wunsch vom Hausarzt, dem Pflegedienst und den pflegenden Zugehörigen unterstützt.

- Bitte unternehmen Sie keine wiederbelebenden Maßnahmen
- Bitte überweisen Sie nicht in ein Krankenhaus
- Bitte unterstützen Sie den/die Patient/in durch Schmerz- und Symptomkontrolle
- Bitte setzen Sie sich mit dem Diensthabenden Palliativarzt in Verbindung

Unterschrift Arzt _____

PKD Olpe Telefonnummer: 0151-581 90 359

Symptomkontrolle Mundtrockenheit

Möglichkeiten diese zu verringern

- Gefrorene kleine Fruchtstücke zum Lutschen reichen, besonders eignet sich Ananas, aber auch andere Früchte. Diese können frisch, oder auch als Dosenobst Verwendung finden.
- Saure Tees reichen z.B. Hagebutte, Malve, Zitronentee oder auch Wasser einen Spritzer Zitrone zufügen
- Kleine Eisstückchen aus Flüssigkeiten herstellen, dazu können alle Flüssigkeiten benutzt werden z.B. alle Fruchtsäfte, Cola, Milch, Bier, Sekt, usw. dabei die Vorlieben des Betreffenden Beachten.
Nahezu alle Getränke lassen sich einfrieren, sie entfalten beim Schmelzen im Mund wieder ihren eigenen Geschmack. Der eigenen Phantasie sind kaum Grenzen gesetzt
- Saure Bonbons lutschen fördert die Speichelproduktion
- Aromalampen können als unterstützende Maßnahme eingesetzt werden. Der leichte Zitronenduft in der Raumluft regt ebenfalls die Mundspeichelproduktion an. Cave: Zu beachten ob Zitronensaft gemocht wird!
- Sahne und Honig (besonders Rosenhonig) schützen die Mundschleimhaut vor Austrocknung.
- Sprühflaschen nutzen, besonders dann wenn der Betroffene nicht mehr trinken kann oder sich dabei ständig verschluckt, auch hier verschiedene Flüssigkeiten nutzen.
- Lippen geschmeidig halten, mit einem Lippenpflegestift oder auch mit Honig
- Auswischen der Mundhöhle mittels weichen Schaumstoff-Schwämmchen, auch hier können unterschiedliche Flüssigkeiten zum Einsatz kommen, oft saugen die Betroffenen auch daran, nehmen somit immer wieder geringe Mengen an Flüssigkeit zu sich.
- Wichtig dabei ist, dass alles oft angeboten wird.

Bei allem was angeboten wird, immer an den Bedürfnissen des Betroffenen orientieren.

Behandlungsplan für mögliche Symptome (ist individuell festzulegen)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Indikation	Medikament Verabreichungsform	Dosis
Δ Schmerzen		
Δ Atemnot		
Δ Unruhe/Angst		
Δ Delir		
Δ Übelkeit/Erbrechen		
Δ Rasselatmung		
Δ Andere Krampfanfall,		

Indikation	maximale Tagesdosis zeitlicher Abstand	Pflegerische Maßnahmen
Δ Schmerzen		
Δ Atemnot		
Δ Unruhe/Angst		
Δ Delir		
Δ Übelkeit/Erbrechen		
Δ Rasselatmung		

Δ Andere Krampfanfall,		
---------------------------	--	--

Tel.: Vertretungsarzt	
Tel.: Hausärztin/Hausarzt	
Pflegedienst	
PKD KoordinatorIn	
PKD Palliativarzt 24 Std. erreichbar	0151-581 90 359

Datum Unterschrift Arzt/Ärztin _____

Notfallbox des Palliativmedizinischen Konsiliardienst Kreis Olpe

Anwendungsregeln und Dokumentation der Medikamentengabe

Die Medikamente aus der Notfallbox des PKD Kreis Olpe dürfen nur bei den eingeschriebenen Patienten*innen angewendet werden.

Grundsätzlich ist für den Einsatz der Medikamente eine Aufklärung und schriftliche ärztliche Verordnung erforderlich.

Diese soll im Sinne der vorausschauenden Planung der palliativmedizinischen Versorgung anlässlich eines ärztlichen Hausbesuchs erfolgen.

Inhalt der Notfallbox:

Ampullen 1 ml	Subcutan / (intramuskulär*)	Tablette n	Pflaster
x Morphin 10 mg/ml		x Tavor expidet 1 mg	
x Midazolam 5 mg/ml		x Fentanyl µg/h	
x Haldol 5 mg/ml		x Abstral µg	
x Neurocil 25 mg/ml *			
x Buscopan 20 mg/ml			

Dokumentation der Übergabe:

Eine Notfallbox des PKD Kreis Olpe wurde am _____
 von _____ an _____ übergeben.
 Unterschriften _____

Ärztliche Verordnung

Pat.-Name

Medikament	Anwendung bei	Dosis	Zeiten	Datum/Hdz
Morphin	Schmerzen / Lufnot	mg		
		Bedarf		
Midazolam	Lufnot/Angst/Unruhe	mg		
		Bedarf		
Haldol	Übelkeit / Unruhe	mg		
		Bedarf		
Neurocil	Unruhe / Erregung	mg		
		Bedarf		
Tavor expidet	Angst/Unruhe/Luftnot	mg		
		Bedarf		

Buscopan	Bronchialsekretion	mg	
	Bauchkrämpfe	Bedarf	
Fentanyl	Schmerzen	µg/h	
		Bedarf	
Abstral	Schmerzen	µg	
		Bedarf	
		mg	
		Bedarf	