

Handlungsempfehlung für die Sterbephase bei COVID-19-Erkrankung

	Die Kontaktinformationen am Aufnahmeblatt sind aktualisiert. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Anmerkungen:	
Spirituelle Aspekte	Dem Patienten wurde Gelegenheit gegeben mitzuteilen/es wurde aktiv wahrgenommen, was ihm zu diesem Zeitpunkt hinsichtlich seines Glaubens, seiner Überzeugungen, Wertvorstellungen wichtig ist. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Unterstützung durch Andere wurde angeboten (z. B. Seelsorge, Psychologie): Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Gewünschte Kontakte: Name:Funktion:.....Telefon:	
	Name:Funktion:.....Telefon:	
	Aktuelle Wünsche / Bedürfnisse:	
	Anmerkungen:	
	Den Angehörigen wurde die Gelegenheit gegeben, darüber zu sprechen/es wurde aktiv wahrgenommen, was ihnen zu diesem Zeitpunkt hinsichtlich Glauben, Überzeugungen, Wertvorstellungen wichtig ist. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Bemerkungen:	

Bitte nach Abschluss der Erstbeurteilung hier unterschreiben:		
Unterschriften	Arzt	Pflegeperson
	Name:..... (Druckschrift)	Name:..... (Druckschrift)
	Unterschrift:	Unterschrift:
	Datum:.....Uhrzeit:.....	Datum:.....Uhrzeit:.....

Handlungsempfehlung für die Sterbephase bei COVID-19-Erkrankung

Betreuung nach dem Tod	
Bestätigung des Todes	
Datum und Uhrzeit des vom Arzt <input type="checkbox"/> / Pflegeperson <input type="checkbox"/> festgestellten Todes:	
Zum Zeitpunkt des Todes anwesende Personen (Name und Funktion/Beziehung):	
Wurden Angehörige benachrichtigt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Name der benachrichtigten Person:.....	
Beziehung zum Patienten: Telefonnummer:.....	
Durchgeführt von (Name, Funktion, Telefonnummer):.....	
Würdevolle Ver- sorgung des Ver- storbenen	<p>Letzte Pflegeverrichtungen sind gemäss Richtlinien & Vorschriften ausgeführt. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Auf religiöse und kulturelle Rituale/Bedürfnisse wird wenn möglich eingegangen.</i></p> <p>In Anbetracht des Besuchsverbotes: Foto des/der Verstorbenen ist gemacht Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
Informationen für Angehörige	<p>Angehörige sind über die weiteren Schritte informiert.</p> <p>Informationsblatt über formelle Schritte ausgehändigt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Informationsbroschüre über Trauer abgegeben Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Gibt es Kinder als Angehörige? Informationsmaterial über Trauer bei Kindern abgegeben Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
Weitergabe von Informationen an zuständige Einrichtungen	<p>Primärversorgungsteam (z.B. Hausarzt, Hauskrankenpflege) ist über Tod des Patienten informiert. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Durchgeführt von (Name, Funktion, Telefonnummer): </p>
<p>Unterschrift Arzt/Ärztin oder Pflegeperson: </p> <p>Datum: Uhrzeit:</p>	