

Name: \_\_\_\_\_

Seite 1 von 3

## PROTOKOLL ZUR PALLIATIVEN SEDIERUNG

Patientenverfügung vorhanden Anmerkung: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht Anmerkung: \_\_\_\_\_

Entscheidungsprozess:

- Aufklärung nicht möglich wegen Gefahr im Verzug
- ist aufgeklärt und stimmt zu

Indikation:

Therapieziel:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Anordnung

intermittierende Sedierung

kontinuierliche Sedierung

Datum	Uhrzeit	Medikamente	Periode	Art d. Verabreichung	wer verabreicht	Angehörige angeleitet	Häufigkeit d. Evaluierung	Unterschrift

Name: \_\_\_\_\_

## Sedierungsverlauf

Datum	Uhrzeit	Beurteilung des Symptoms	Sedierungstiefe (RASS-PAL)	Anmerkung	Hand- zeichen