

Leitfaden zur Gestaltung der letzten Lebensphase

Name:

Vorname:

Jahrgang:

Wohlbefinden

Welche äusseren Einflüsse/Komponenten tragen individuell zu Ihrem Wohlbefinden bei:

.....

In Bezug auf Musik

Hören Sie gerne Musik?

ja

nein

Wenn ja, welcher Stil?.....

Wann wünschen Sie Musik, wann eher nicht ?.....

In Bezug auf Gerüche

Gibt es Gerüche, Essenzen, Düfte, die Sie lieben? ja

nein

Wenn ja welche

In Bezug auf Bilder, Motive, Blumen etc.:

ja

nein

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

.....

In Bezug auf Seelsorgerliche/spirituelle Begleitung

Wünschen Sie eine spirituelle/ seelsorgerliche Begleitung?

ja

nein

Wenn ja, soll folgende Person kontaktiert werden.....

Name:.....Vorname:.....Telefon/Mail.....

Haben Sie persönliche Wünsche in Bezug auf: Rituale, Gebete, Sakramente, etc.

.....

Leitfaden zur Gestaltung der letzten Lebensphase

Sicherheit

Was benötigen Sie ganz allgemein, um sich sicher oder geboren zu fühlen?

.....
.....
.

Welche Menschen wünschen Sie sich in Ihrer Nähe?

.....
.....

Welche Menschen wünschen Sie sich auf keinen Fall in der Nähe?

.....
.....

Gibt es etwas, das Ihnen Angst macht?

ja nein

Wenn ja, möchten Sie es uns mitteilen?

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

Durch welche Ereignisse erleben Sie eine Einschränkung, einen Verlust oder eine Bedrohung Ihrer Autonomie (z.B.: Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Willensfreiheit, Mitbestimmung)

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

Kommunizieren

Schätzen Sie es, Ihren Gefühle Ausdruck zu geben oder ist es eher Ihre Gewohnheit, dies mit sich selbst auszumachen?

.....
.....

Dürfen wir Sie auf Ihre Gefühle / Ihr Befinden ansprechen?

.....
.....

Schätzen Sie es, über pflegerische Massnahmen fortlaufen informiert zu werden?

ja nein

Leitfaden zur Gestaltung der letzten Lebensphase

Ruhen und Schlafen

❖ Wenn Sie schlafen, wie ruhen/ liegen Sie am liebsten?

- Oberkörper hoch flach rechte Seite linke Seite
 Rücken Bauch

❖ Möchten Sie gerne

- das eigene Kissen die eigene Bettdecke eigene Bettwäsche

❖ Schlafen Sie lieber auf einer

- weichen normalen harten Unterlage

❖ Bevorzugen Sie Musik zum Einschlafen? ja nein

Wenn ja, welche?.....

❖ Ich schlafe in der Regel von.....bisUhr.

❖ Schlafen Sie gerne bei offenem halboffenem geschlossenem Fenster?

❖ Sind Sie geräuschempfindlich weniger geräuschempfindlich

❖ Wünschen Sie eine sichtbare Uhr, Kalender in der Nähe Ihres Bettes? ja nein

❖ Wünschen Sie in der Nacht ein kleines abgeschirmtes Licht? ja nein

❖ Leiden Sie unter Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Was hilft Ihnen beim Einschlafen und / oder Durchschlafen

.....

Leitfaden zur Gestaltung der letzten Lebensphase

Körperpflege

Wie waschen Sie sich gerne?

- mit Seife ohne Seife sonstiges.....
- mit kaltem Wasser mit lauwarmem Wasser mit warmem Wasser
- eher zügig normal langsam
- ich bin Rechtshänder ich bin Linkshänder

Ich bevorzuge

- Hautpflegelotion ja nein wenn ja, welche.....
- Ich mag gerne folgendes Parfum/ Eau de Toilette:

Wann und wie ist es Ihre Gewohnheit, sich zu rasieren?

- morgens mittags
- nass trocken

Wann und wie regelmässig putzen Sie sich gewöhnlich Ihre Zähne?

- morgens mittags abends
- vor der Körperpflege nach der Körperpflege

Ich wünsche folgende Kleidung

- tagsüber: eigene Kleidung eigenes Pyjama / Nachthemd Spitalnachthemd
- nachts: eigenes Pyjama/ Nachthemd Spitalnachthemd

Bei allfällig vorhandenem Haarverlust

- Ich wünsche einen von mir ausgewählten Kopfschutz (Tuch/Mütze/Kappe/Turban)
- Ein Kopfschutz ist für mich nicht so wichtig

Wünschen Sie entsprechend Ihrer Gewohnheit- weiterhin geschminkt zu werden?

- ja nein

Wenn ja, was, wie und womit schminken Sie sich: (Augenbrauen, Wimpern, Wangen)

.....

Leitfaden zur Gestaltung der letzten Lebensphase

Essen und Trinken

- Mein Lieblingsessen:.....
- Meine Lieblingsfrüchte:
- Bevorzugte Getränke:.....
- Was ich nicht mag:

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
- Tee (Sorten.....)
- Cola
- Limonade
- Sirup
- Kaffee
- Wein
- Bier
- Persönliche Mundspüllösung
- Früchte, z.B. Ananas, Mandarinen, etc.....
- Sonstiges, z.B. Gummibärchen, Lutscher, Brausebonbon

Leitfaden zur Gestaltung der letzten Lebensphase

Berührungen

Gibt es Körperbereiche, wo sie Berührungen nicht so gerne mögen:

ja nein

wenn ja wo?

Haben Sie schmerzempfindliche Körperpartien?

ja nein

Wenn Ja, wo genau?.....

Kontaktaufnahme

Im Falle einer Verschlechterung Ihres Allgemeinzustandes und / oder Ihrer Bewusstseinslage: wie möchten Sie von uns angesprochen, berührt, bzw. geweckt werden (z.B vor pflegerischen Verrichtungen)

- durch eine klare und eindeutige Ansprache mit Namen
- zusätzlich durch Berührung an: Hand Schulter Kopf andere:
- durch einen normalen Händedruck
- anderes

Unterstützung durch Angehörige

Würden Sie es begrüßen, wenn Ihre Angehörigen Sie z.B. bei der Körperpflege, beim Betten, Lagern, essen helfen, Mundpflege usw. unterstützen?

ja nein

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

.....

Leitfaden zur Gestaltung der letzten Lebensphase

Ausscheidung

Es kann sein, dass Sie Hilfe/Unterstützung bei den Ausscheidungen benötigen. Es ist uns wichtig, Ihnen die Anpassung an die jeweilige neue Situation zu erleichtern und Ihre Intimsphäre bestmöglich zu schützen:

Wünschen Sie, so lange wie möglich Ihrer natürlichen Ausscheidungsgewohnheit nachkommen zu können?

- ja nein

Wenn Sie diverse Hilfsmittel benötigen, was bevorzugen Sie dann?

- den Nachstuhl
 die Bettschüssel
 die Urinflasche
 spielt keine Rolle

Bei allfälligem Kotrollverlust über Ihre Ausscheidungsorgane (betrifft v.a. das Wasserlassen)

Was entspricht Ihrem Wunsch / Bedürfnis?

- Blasenkatheter, wenn nötig
 so lange wie möglich **keine** Blasenkatheter
 Grundsätzlich keine Blasenkatheter
 Regelmässige Nässekontrolle mit Unterstützung durch Nässeschutzeinlagen –Hosen
 Ich überlasse die Entscheidung – je nach Notwendigkeit – dem ärztlichen pflegerischen Personal

Unterstützung der Angehörigen

Würden Sie es begrüssen, wenn Ihre Angehörigen Sie z.B. bei der Körperpflege, beim Betten, Lagern, essen helfen, Mundpflege usw. unterstützen?

- ja nein

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

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

Leitfaden zur Gestaltung der letzten Lebensphase

Sterbephase

Wo möchten Sie sterben?

- Zu Hause im Spital Hospiz

Wie möchten Sie in der Phase des Sterbens begleitet werden? Was ist Ihnen besonders wichtig?

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

Soll jemand bei Ihnen sein? wenn ja wer, wer nicht?

.....
.....

Haben Sie noch andere Anliegen? (z.B. kulturelle Gewohnheiten)

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

Begleitung durch den Seelsorger (z. B. wichtige Hinweise für das betreuende Team)

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

Gibt es für Sie wichtige Rituale nach dem Tod? (z. B. Bekleidung, Gebete usw.)

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